



HAL
open science

Toxicomanie et maternité : qualité du processus de maternité chez la femme toxicomane

Anaëlle Bazire

► **To cite this version:**

Anaëlle Bazire. Toxicomanie et maternité : qualité du processus de maternité chez la femme toxicomane. Psychologie. Normandie Université, 2017. Français. NNT : 2017NORMC029 . tel-01708267

HAL Id: tel-01708267

<https://theses.hal.science/tel-01708267v1>

Submitted on 13 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

THESE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Psychologie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

TOXICOMANIE ET MATERNITE : Qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane

Tome I

Présentée et soutenue par
Anaëlle BAZIRE

Thèse soutenue publiquement le 08/12/2017
devant le jury composé de

Mme PROIA-LELOUEY Nadine	Professeure des Universités, Université Caen Normandie	Directrice de thèse
M. ROSENBLUM Ouriel	Professeur des Universités, Université Paris Diderot	<i>Rapporteur</i>
Mme MAZOYER Anne-Valérie	Maitre de conférences - HDR, Université Toulouse Jean-Jaurès	<i>Rapporteur</i>
M. DRIEU Didier	Professeur des Universités, Université Rouen Normandie	Examineur
M. PIRLOT Gérard	Professeur des Universités, Université Toulouse Jean-Jaurès	Examineur
Mme SQUIRES Claire	Maitre de conférences - HDR, Université Paris Diderot	Examineur

Thèse dirigée par Pr. Nadine PROIA-LELOUEY, LPCN (Laboratoire de Psychologie Caen Normandie)



Résumé en français : La maternité des femmes dépendantes aux substances psychoactives est aujourd'hui une question de santé publique. Notre recherche porte sur la prédictivité potentielle des remaniements psychiques observés pendant la grossesse de femmes toxicomanes sur la qualité du processus de maternalité et l'investissement de l'enfant. Elle correspond ainsi à une étude clinique et projective psychodynamique de l'évolution du fonctionnement psychique et des représentations liées à l'enfant de la femme toxicomane et/ou substituée devenant mère. Pour ce faire, nous nous appuyons sur l'analyse d'entretiens semi-directifs et de tests projectifs de femmes consommatrices d'opiacés et/ou sous traitement de substitution aux opiacés et de femmes non toxicomanes, entre le dernier trimestre de grossesse et les un an de l'enfant. Un second versant de cette étude propose un état des lieux des modalités d'accompagnement des femmes enceintes et mères consommatrices de drogues illicites sur le territoire Ouest-Normand ainsi qu'un projet d'accompagnement spécifique et pluridisciplinaire de cette population, élaboré au sein d'un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Mots-clés : *Toxicomanie, Addiction, Grossesse, Maternité, Relations mère/parent-enfant, Tests projectifs*

Résumé en anglais : Motherhood among women addicted to psychoactive substances is a public health concern. Our research concerns the predictive potential of the psychic reorganizations observed during pregnancy on the quality of motherhood process and of investment of the child. It is thus a psychodynamic clinical and projective study of the evolution of the psychic functioning and the representations bound to the child of drug addict woman and/or woman receiving opiate substitution treatments becoming a mother. In order to do this, we rely on the analysis of semi-directive interviews and projective tests of women opiate users and/or women receiving opiate substitution treatments and of non-addicted women, between the last quarter of pregnancy and on one year old of the child. A second part of this study proposes a state of play of welfare measures for pregnant addicted women and addicted mothers on West-Norman territory. It also proposes a project of specific and multidisciplinary accompaniment of this population which is developed within a CSAPA (Center of addiction care, support and prevention).

Key words : *Drug addiction, Pregnancy, Motherhood, Mother/Parent-child links, Projective tests*

REMERCIEMENTS

Un grand merci à tous de me faire l'honneur de participer à ma soutenance de thèse.

Merci,

A Mme Anne-Valérie MAZOYER, Mme Claire SQUIRES, M. Gérard PIRLOT, M. Ouriel ROSENBLUM et M. Didier DRIEU pour avoir accepté d'officier en tant que jurys de ma thèse et ainsi de venir discuter ce travail.

A ma directrice de thèse, Mme Nadine PROIA-LELOUEY, qui a cru en moi il y a déjà six ans pendant ma Licence et qui m'accompagne depuis lors. Merci de m'avoir ouvert les portes de la recherche et de l'enseignement. Merci pour votre confiance, votre disponibilité et vos conseils avisés qui ont vivement contribué à l'élaboration de ce travail.

A la Région Basse-Normandie pour l'octroi d'une allocation de recherche sans laquelle cette thèse et l'ensemble des recherches et projets associés n'auraient pu voir le jour.

A Anaïs, Juliette, Bérengère, Carine, Sonia, Chloé, Eléonore et Théodora pour avoir partagé avec moi ce moment si intime et particulier qu'est le devenir mère et sans lesquelles ce travail n'aurait pu voir le jour.

AUX PROFESSIONNELS AYANT PARTICIPE A CETTE RECHERCHE

A l'ensemble des professionnels qui ont participé à cette étude en lui portant un intérêt tout particulier et qui ont soutenu mon projet auprès de leurs patientes, femmes enceintes toxicomanes ou substituées et femmes enceintes tout venant : Esther MENAL (Sage-femme libérale, Calvados) ; les médecins et sages-femmes des PMI de la Manche, du Calvados et de l'Orne ; les médecins et sages-femmes des maternités du CHU de Caen, du CH de Bayeux, du CH de Cherbourg ; les médecins, psychologues et infirmiers des CSAPA de Cherbourg et de Caen, et de l'Unité d'Addictologie de Bayeux ; le Dr Henri BRUEL (Pédiatrie-néonatalogie, Montivilliers) ; Mme Carine MARREC (Psychoactif) ; Marijo TABOADA (DAPSA) ; Dr CRENN-HEBERT et Dr SIMONPOLI (Maternité et ELSA,

Hôpital Louis Mourier, Colombes) ; M. Stéphan JEAN (Maison des Addictions, Lisieux) ; Mme Perrine CARPENTIER (CSAPA Horizons, Paris) ; Mme Stéphanie LADUREAU (CHU Rouen).

Aux équipes des maternités des centres hospitaliers de Cherbourg, Avranches, Bayeux, Caen, Lisieux et aux équipes des services d'addictologie (CSAPA, Unités d'Addictologie, Maisons des Addictions) de Cherbourg, Bayeux, Caen, Lisieux, Alençon pour l'intérêt qu'elles ont porté à ma recherche, leurs questionnements et leurs retours, notamment à travers leur participation aux questionnaires visant à dresser l'état des lieux des modalités d'accompagnement des femmes enceintes et mères toxicomanes et de leurs enfants.

AMES COLLEGUES

Au Pr Michel DREYFUS, à Delphine QUIEDEVILLE, au Dr Catherine DURAND, à Thierry LEGLUAIS, à Christine LALES et à Nathalie MALHERBE pour m'avoir offert la possibilité de réaliser ma recherche au sein de leurs services et d'intégrer leurs équipes en tant que psychologue clinicienne. Pour cette confiance que vous m'avez accordée, je vous suis extrêmement reconnaissante.

A mes collègues et maintenant ami(e)s, Valérie JASPART, Sylviane BIENVENU, Maryline MASSON, Marie-Bernadette DOUCET, Dominique FRANCOIS, Clarisse VIGIER, Hélène AUBRY, Marie BLANDAMOUR, Jean-Marie LEGAL, Martine VAUTIER, Béatrice LECLERE, Catherine DURAND, Charlotte CAILLE, Gersende DAISY, Marie-France CANOVILLE, Emilie LEVIEUX, pour nos échanges professionnels, toujours riches, et qui ont largement contribué à ma construction en tant que clinicienne. Merci bien sûr aussi pour nos échanges amicaux, pour tous les moments partagés et pour votre indéfectible soutien durant ces trois années à vos côtés. Merci également pour votre générosité, vous m'avez apporté bien plus que vous ne le pensez.

Une pensée particulière pour mes comparses d'élaboration du projet "Périnatalité et Addictions" dont nous espérons voir la mise en place très bientôt. Ce projet n'aurait pas pu voir le jour sans vous.

A mes collègues psychologues, Delphine QUIEDEVILLE, Nathalie MALHERBE et Claire SUAUD, pour le partage de votre expérience clinique, pour nos échanges professionnels et amicaux et pour tous les bons moments partagés. Merci aussi pour votre éclairage clinique dans mes premiers pas en tant que psychologue clinicienne.

A mes collègues psychologues enseignants-chercheurs, Gladys JONHSTON, Marjorie ROQUES et Caroline HURVY, pour leurs enseignements d'abord, puis pour leur bienveillance et pour avoir grandement facilité mon passage d'étudiante à collègue et enseignante-chercheuse.

A tous les patientes et patients que j'ai accompagné.

A MES PROCHEs

A Julia, Erwan, Christelle, Margaux, Thibault et Garance, pour le temps précieux que vous m'avez fait gagner, ainsi qu'à Chantal, Laura et mes parents pour les relectures.

A ma famille (et particulièrement à Ophélie, Célanie et Myriam) et à mes beaux-parents, pour votre soutien et pour avoir cru en moi.

A mes chers ami(e)s, Aurèle, Arnaud, Alexandre, Margaux, FG, Charlotte, Antoine D., Pauline, Julia, Erwan, Hervé, Anaïs, Nathan, Amandine et Laura, pour votre amitié, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée, et pour les "bulles d'air" que vous avez su m'apporter.

A mes très chères amies, Garance et Noémie, pour votre amitié, pour tous les moments partagés, passés et à venir, et pour votre indéfectible présence dans les moments de doute.

A mes parents, pour votre amour, votre soutien, vos encouragements, pour avoir toujours cru en moi et pour m'avoir toujours fait confiance. Merci d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui.

A Sébastien, pour ton soutien quotidien, ta présence, ta confiance, ton amour et ta patience. Je n'aurais pas pu mener à bien ce travail sans toi à mes côtés.

TOME I : Sommaire

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

.....1

THEORIE

A. LA TOXICOMANIE FEMININE : PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES.....7

1. ETYMOLOGIE DE LA TERMINOLOGIE : TOXICOMANIE, ADDICTION, DEPENDANCE.....7

1.1.La toxicomanie.....7

1.2.L'addiction.....8

1.3.La dépendance.....9

1.4.La toxicomanie au carrefour du biologique, du psychologique et du social : une
source de variabilité interindividuelle face à la
dépendance.....10

2. METAPSYCHOLOGIE DE LA PROBLEMATIQUE ADDICTIVE.....11

2.1.Défaillances des fonctions maternelles et traumas précoces : échec de la
transitionnalité et du processus d'introjection.....11

2.2.Toxicomanie, impossible élaboration de la perte et problématique narcissico-
objectale.....13

2.3.	<u>Défaut du pare-excitation maternel et perturbation de la constitution des autoérotismes : naissance des procédés autocalmants, prémisses du recours au toxique</u>	14
2.4.	<u>Défaillances de la fonction paternelle chez les sujets toxicomanes</u>	16
3.	<u>L'ADDICTION : ENTRE CONCEPTIONS PSYCHOSOMATIQUES ET TENTATIVE DE FIGURATION</u>	19
3.1.	<u>L'« économie psychique » de l'addiction</u>	19
3.2.	<u>L'addiction : une solution économique psychosomatique</u>	19
3.3.	<u>L'acte addictif comme tentative de figuration et de symbolisation</u>	20
4.	<u>AVENEMENT DE LA TOXICOMANIE A L'ADOLESCENCE</u>	23
4.1.	<u>Le recours au toxique comme évitement du conflit « narcissico-objetal » à l'adolescence</u>	23
4.2.	<u>Le recours au toxique comme évitement d'une réalité interne trop excitante à l'adolescence</u>	25
4.3.	<u>Le recours au toxique comme évitement de la passivité-passivation à l'adolescence</u>	26
4.4.	<u>Le recours au toxique comme blocage du processus identificatoire à l'adolescence</u>	26
5.	<u>TOXICOMANIE ET TRAUMATISME</u>	28
5.1.	<u>Visées protectrices et/ou réorganisatrices des addictions face au traumatisme</u>	28
B.	<u>LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME TOXICOMANE : UNE PERIODE PROPICE AUX CHANGEMENTS ?</u>	31

1. <u>LA GROSSESSE COMME PHASE EVOLUTIVE ET INTEGRATIVE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF DE LA FEMME</u>	31
2. <u>DE LA FUSION A L'IDENTIFICATION AU FŒTUS</u>	32
3. <u>IDENTIFICATION ET DIFFERENCIATION AVEC LA MERE : REGRESSION ET REVIVISCENCE DE CONFLITS INFANTILES</u>	32
3.1. <u>Une identification et une différenciation à la mère mises en défaut chez les femmes toxicomanes</u>	33
4. <u>DIFFERENCIATION ET RECONNAISSANCE DE L'ALTERITE DU FUTUR ENFANT : EMERGENCE DES REPRESENTATIONS MATERNELLES</u>	35
4.1. <u>Les représentations maternelles à l'égard du bébé</u>	35
4.2. <u>La représentation du bébé comme « réparateur » chez les femmes toxicomanes</u>	36
4.3. <u>La confrontation à la passivité-passivation menaçante pour les femmes toxicomanes</u>	38
4.4. <u>Angoisses de mort et de malformations</u>	40
4.5. <u>La drogue toujours au premier plan : court-circuit des représentations maternelles</u>	41
5. <u>PSYCHODYNAMIQUE DE L'ACCOUCHEMENT</u>	43
6. <u>LA RENCONTRE MERE-BEBE : IMPACT DU SYNDROME DE SEVRAGE NEONATAL ET DE L'HOSPITALISATION DU NOURRISSON SUR L'ETABLISSEMENT DES PREMIERS LIENS</u>	44
6.1. <u>Compréhension de l'impact du syndrome de sevrage néonatal sur l'établissement des premiers liens et le vécu maternel à partir de travaux réalisés sur les effets de l'hospitalisation des nouveau-nés pour d'autres</u>	

<u>problématiques somatiques et sur les effets de la</u> <u>prématurité</u>	45
6.2. <u>La nécessité d'introduire les jeunes parents en tant que co-acteurs des</u> <u>soins de l'enfant</u>	48
C. <u>UNE NAISSANCE : DU COUPLE A LA PARENTALITE</u>	49
1. <u>LE COUPLE</u>	50
1.1. <u>Le couple conjugal</u>	50
1.2. <u>La « fonction réparatrice » du couple</u>	51
1.3. <u>Choix d'objet et typologie du couple</u>	52
1.4. <u>Typologie du couple chez les sujets toxicomanes et place de la consommation</u> <u>de drogues dans l'économie conjugale du couple toxicomane</u>	53
2. <u>LE DESIR D'ENFANT</u>	56
2.1. <u>Désir d'enfant et désir de grossesse chez la femme</u>	56
2.1.1. <i>Désir d'enfant chez les femmes toxicomanes et découverte tardive de la</i> <i>grossesse</i>	58
2.2. <u>Désir d'enfant chez l'homme</u>	60
3. <u>REORGANISATION DU COUPLE : DE LA CONJUGALITE A LA</u> <u>PARENTALITE</u>	61
3.1. <u>Place de l'enfant au sein d'un couple toxicomane</u>	62
4. <u>LA PARENTALITE</u>	63
4.1. <u>La maternité et le devenir mère : prolongement de l'état psychique de la</u> <u>grossesse, régression et réactualisation des conflits infantiles</u>	65
4.1.1. <i>La réactualisation du conflit narcissico-objectal</i>	65

4.1.2. <i>Interactions précoces et problématiques maternelles</i>	67
4.1.2.1. <i>Le bébé support des projections maternelles et parentales</i>	
4.1.2.2. <i>Les troubles des conduites instinctuelles du bébé comme miroir des problématiques inconscientes de la mère</i>	
a. <u>Les troubles du sommeil du bébé : défaut de pare-excitation maternel et angoisses de séparation</u>	
b. <u>L'allaitement et « la fantasmagorie des liquides »</u>	
4.1.3. <i>La nécessaire séparation</i>	74
4.2. <u>La paternité</u>	75
4.2.1. <i>Le processus de paternité</i>	75
4.2.2. <i>La parentalisation et la paternalisation</i>	77
4.2.3. <i>Fonctions paternelles et développement psychoaffectif de l'enfant</i>	78
4.2.4. <i>Toxicomanie et paternité</i>	81
4.3. <u>Les traitements de substitution aux opiaces (TSO) porteurs d'un potentiel transformatif favorisant les réaménagements objectaux et l'accès à une parentalité plus affirmée</u>	83
4.3.1. <i>La demande de TSO comme réappropriation subjective et processus d'auto-transformation</i>	83
4.3.2. <i>Le TSO comme soutien à la parentalité</i>	85

PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

D. <u>PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE</u>	89
1. <u>PROBLEMATIQUE GENERALE</u>	89
1.1. <u>Justification théorique</u>	89
1.2. <u>Les questions issues de la problématique générale</u>	91
2. <u>ELABORATION DES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE</u>	94

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

E. <u>METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</u>	99
1. <u>POPULATION : FEMMES ENCEINTES TOXICOMANES ET FEMMES ENCEINTES NON TOXICOMANES</u>	99
1.1. <u>Femmes enceintes toxicomanes : caractéristiques de la population de recherche</u>	
1.1.1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	100
Tableau récapitulatif	
1.1.2. <i>Caractéristiques de la population</i>	101
Tableaux récapitulatifs	
1.1.2.1. <i>Grossesse et antécédents</i>	
1.1.2.2. <i>Consommations</i>	
1.1.2.3. <i>Situation sociale et conjugale</i>	
1.2. <u>Femmes enceintes non toxicomanes : caractéristiques de la population de recherche</u>	104
1.2.1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	104
Tableaux récapitulatifs	
1.2.2. <i>Caractéristiques de la population</i>	105
1.3. <u>Terrains de recherche et procédure d'accès aux sujets de la recherche</u>	106
2. <u>RECUEIL DES DONNEES : UNE METHODE LONGITUDINALE ET QUALITATIVE</u>	109
2.1. <u>Ethique, déontologie et recherche</u>	109
2.2. <u>Une méthode longitudinale</u>	111
2.2.1. <i>Choix des périodes de rencontres et d'administration des entretiens semi-directifs et des tests projectifs</i>	111
2.3. <u>Une méthode qualitative</u>	113
2.4. <u>Outils utilisés</u>	114
2.4.1. <i>Méthode et recherche cliniques</i>	114
2.4.2. <i>L'étude de cas</i>	116
2.4.3. <i>L'entretien semi-directif</i>	118

2.4.4. <u>Epreuves projectives du Rorschach et du Thematic Apperception Test (TAT)</u>	119
2.4.4.1. <i>Clinique des tests projectifs</i>	
2.4.4.2. <i>Epreuves projectives dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie</i>	
2.4.4.3. <i>Complémentarité des épreuves</i>	
2.4.4.4. <i>Le test du Rorschach</i>	
a). <u>Matériel</u>	
b). <u>Sollicitations latentes des planches</u>	
c). <u>Modalités de passation</u>	
2.4.4.5. <i>Le test projectif du TAT</i>	
a). <u>Matériel</u>	
b). <u>Sollicitations latentes des planches</u>	
c). <u>Modalités de passation</u>	
2.5. <u>Planning du protocole et cadre des rencontres</u>	129
2.5.1. <u>La demande de rencontre au domicile : une dynamique à prendre en compte</u>	130
2.5.2. <u>Effets thérapeutiques de la recherche</u>	133
3. <u>ANALYSE DES DONNEES</u>	135
3.1. <u>Analyse des entretiens semi-directifs à partir d'une méthode innovante : analyse clinique du discours à l'aide des procédés du TAT</u>	135
3.2. <u>Analyse des tests projectifs</u>	136
3.2.1. <u>Rorschach</u>	136
3.2.1.1. <i>Analyse du protocole</i>	
3.2.1.2. <i>La problématique identitaire</i>	
3.2.1.3. <i>La problématique identificatoire</i>	
3.2.1.4. <i>La qualité des limites entre monde interne et monde externe</i>	
3.2.1.5. <i>La qualité de la représentation de relation et de l'investissement objectal</i>	
3.2.1.6. <i>L'organisation défensive du sujet</i>	

3.2.2. <i>TAT</i>	144
3.2.2.1. <i>Analyse du protocole</i>	
3.2.2.2. <i>La problématique œdipienne</i>	
3.2.2.3. <i>La problématique de perte d'objet</i>	
3.2.2.4. <i>La problématique identitaire, narcissique</i>	
3.2.2.5. <i>La qualité des limites entre monde interne et monde externe</i>	
3.2.2.6. <i>Les modalités défensives</i>	

**ANALYSES CLINIQUES DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS
DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO ET DES FEMMES
NON TOXICOMANES : RAPPEL DES SITUATIONS DES SUJETS DE
LA RECHERCHE**

.....	149
1. <u>RAPPEL DE LA SITUATION DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO</u>	149
1.1. <u>Anaïs</u>	149
1.2. <u>Juliette</u>	149
1.3. <u>Bérengère</u>	150
1.4. <u>Carine</u>	150
1.5. <u>Sonia</u>	150
1.6. <u>Chloé</u>	150
2. <u>RAPPEL DE LA SITUATION DES FEMMES NON TOXICOMANES</u>	151
2.1. <u>Eléonore</u>	151
2.2. <u>Théodora</u>	151

DISCUSSION

<u>F. DISCUSSION</u>	153
<u>1. PROCESSUS DE MATERNALITE CHEZ LES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO</u>	154
<u>1.1.Histoire de vie et relations aux figures parentales</u>	154
<u>1.2.Evolution des consommations de substances psychoactives</u>	157
1.2.1. <i>Début des consommations de substances psychoactives</i>	157
1.2.2. <i>Produits consommés avant la grossesse</i>	158
1.2.3. <i>Produits consommés pendant la grossesse</i>	159
1.2.4. <i>Evolution des consommations de substances psychoactives après la naissance de l'enfant</i>	158
<u>1.3.Grossesse</u>	160
1.3.1. <i>Antécédents de grossesse</i>	160
1.3.2. <i>Désir d'enfant et connaissance de la grossesse</i>	162
1.3.3. <i>Changements corporels, mouvements fœtaux et investissement de la grossesse</i>	163
1.3.4. <i>Investissement et représentations du fœtus pendant la grossesse</i>	167
<u>1.4.Suivi médical de la grossesse</u>	169
<u>1.5.Accouchement</u>	169
<u>1.6.Hospitalisation du nouveau-né</u>	172
<u>1.7.Représentations du bébé et relations précoces</u>	174
1.7.1. <i>Poids du syndrome de sevrage néonatal et de la culpabilité maternelle sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces</i>	174
1.7.2. <i>Allaitement et réactualisation de fantasmes archaïques</i>	175
1.7.3. <i>Angoisse de séparation : Anaïs, Carine, Bérengère</i>	177
1.7.4. <i>Entre angoisse de séparation, crainte de la dépendance et recherche d'une relation fusionnelle : Chloé</i>	179
1.7.5. <i>Entre angoisse de fusion et angoisse de séparation : Sonia</i>	179
1.7.6. <i>Angoisse de séparation, poids des traumas cumulatifs et représentations ambivalentes : Juliette</i>	180

1.7.7. <i>Investissement et représentations positifs de l'enfant et de son développement</i>	181
1.8. Représentations en tant que mère	183
1.9. Père du bébé	185
1.9.1. <i>Relation de couple et place de la drogue au sein du couple avant la grossesse</i>	185
1.9.2. <i>Fonction et place du conjoint face aux produits pendant la grossesse et après la naissance</i>	186
1.9.3. <i>Investissement du futur père pendant la grossesse</i>	187
1.9.4. <i>Investissement du père auprès du bébé après la naissance</i>	188
1.9.5. <i>Evolution du couple après la naissance de l'enfant</i>	189
2. PROCESSUS DE MATERNALITE CHEZ LES FEMMES NON TOXICOMANES	193
2.1. Histoire de vie et relations aux figures parentales	193
2.1.1. <i>Théodora</i>	193
2.1.2. <i>Eléonore</i>	194
2.2. Grossesse	196
2.2.1. <i>Antécédents de grossesse</i>	196
2.2.2. <i>Désir d'enfant et connaissance de la grossesse</i>	196
2.2.3. <i>Changements corporels, mouvements fœtaux et investissement de la grossesse</i>	196
2.2.4. <i>Investissement et représentations du fœtus pendant la grossesse</i>	197
2.3. Suivi médical de la grossesse	198
2.4. Accouchement	198
2.5. Représentations du bébé et relations précoces	199
2.5.1. <i>Allaitement et réactivation de fantasmes archaïques</i>	199
2.5.2. <i>Problèmes de santé du bébé, culpabilité et/ou angoisses mortifères</i>	200
2.5.3. <i>Angoisse de séparation</i>	201
2.5.4. <i>Investissement et représentations positifs de l'enfant et de son développement</i>	201
2.6. Représentations en tant que mère	203
2.6.1. <i>Remise en jeu et élaboration des problématiques infantiles au fil des</i>	

<i>grossesses</i>	203
2.6.2. <i>Conflit identificatoire et sentiment de culpabilité</i>	203
2.7. Père du bébé	205
2.7.1. <i>Relation de couple au sein du couple avant la grossesse</i>	205
2.7.2. <i>Investissement du futur père pendant la grossesse</i>	205
2.7.3. <i>Investissement du père auprès du bébé après la naissance</i>	206
2.7.4. <i>Evolution du couple après la naissance de l'enfant</i>	206
G. <u>MISE A L'EPREUVE DES HYPOTHESES DE RECHERCHE</u>	207
1. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 1</u>	207
2. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 2</u>	208
3. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 3</u>	210
4. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 4</u>	214
5. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 5</u>	216
6. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 6</u>	218

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES USAGERES DE DROGUES DANS L'OUEST NORMAND

1. <u>MATERNITE ET TOXICOMANIE : VERS UNE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE</u>	225
1.1. <u>Bref historique de la prise en charge des sujets usagers de drogues</u>	225
1.2. <u>Toxicomanie et maternité : épidémiologie</u>	226
1.3. <u>Toxicomanie et maternité : évolution des représentations et des modalités d'accompagnement, développement de réseaux pluridisciplinaires</u>	227
2. <u>MATERNITE ET TOXICOMANIE : QUELLES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DANS L'OUEST NORMAND ?</u>	230

2.1. Remarques préalables	230
2.2. Méthodologie	231
2.3. Résultats	231
2.3.1. <i>Des retours disparates</i>	231
2.3.2. <i>Epidémiologie</i>	232
2.3.3. <i>Modalités et difficultés de prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues au sein des structures d'addictologie</i>	232
2.3.4. <i>Modalités et difficultés de prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues au sein des services de maternité</i>	235
2.3.5. <i>Demande d'informations et d'une meilleure concertation entre intervenants</i>	237
2.3.6. <i>Des liens entre structures circonstanciels et pas toujours aisés</i>	237
2.3.7. <i>Réflexion autour des possibles freins à la création et à la pérennité de partenariats (voire de véritables réseaux) entre les professionnels des différents champs</i>	239
2.4. Un exemple d'élaboration d'un avant-projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants au CSAPA Presqu'île de Cherbourg	242
2.4.1. <i>Le CSAPA Presqu'île de Cherbourg</i>	242
2.4.2. <i>L'avant-projet « PERINATALITE et ADDICTIONS » : Accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants</i>	243

CONCLUSION

.....273

BIBLIOGRAPHIE

TOME II : ANNEXES

Sommaire

ANNEXES THEORIE

1. <u>LA TOXICOMANIE AU CARREFOUR DU BIOLOGIQUE, DU PSYCHOLOGIQUE ET DU SOCIAL : UNE SOURCE DE VARIABILITE INTERINDIVIDUELLE FACE A LA DEPENDANCE</u>	1
1.1. <u>La variabilité interindividuelle face à la dépendance</u>	1
1.2. <u>Le modèle neurobiologique des addictions</u>	3
1.3. <u>Les modèles cognitivo-comportementaux et biopsychocomportementaux</u> ..	5
1.4. <u>Théories intégratives de l'addiction</u>	7
1.5. <u>La toxicomanie comme conduite ordalique</u>	7

ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

A. <u>ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : RECUEIL DES DONNEES</u>	9
1. <u>ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET RECHERCHE</u>	9
1.1. <u>Formulaire d'information</u>	9
1.2. <u>Formulaire de consentement</u>	11
2. <u>OUTILS UTILISES : L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF</u>	14
2.1. <u>Guide d'entretien n°1</u>	14
2.2. <u>Guide d'entretien n°2</u>	19
2.3. <u>Guide d'entretien n°3</u>	25

B. ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : ANALYSE DES DONNEES.....33

1. FEUILLE DE DEPOUILLEMENT DES PROCEDES DU TAT (Brelet-Foulard & Chabert, 2003)......33

ANNEXES ANALYSE CLINIQUE DES CAS

C. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO ET DES FEMMES NON TOXICOMANES.....35

1. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO.....35

1.1. ANAÏS.....35

1.1.1. Analyse clinique des entretiens de recherche d'Anaïs.....35

1.1.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 d'Anaïs.....35

- **CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE.....35**
- **HISTOIRE DE VIE.....36**
 - Une enfance marquée par l'absence de figures parentales étayantes
 - Rencontre avec les produits et histoire des consommations
 - Une relation de couple anaclitique
- **VECU DE LA GROSSESSE.....41**
 - Désir d'enfant et connaissance de la grossesse
 - Modifications corporelles et investissement de l'enfant
 - Représentations de soi en tant que mère
 - La drogue toujours abordée en négatif : l'impossibilité à manquer

1.1.1.2.	<u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 d'Anaïs</u>	44
•	<u>CONTEXTE DE LA DEUXIEME RENCONTRE</u>	44
•	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	46
•	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	46
•	<u>LE BEBE</u>	49
○	Les troubles du sommeil du bébé support des problématiques mortifères et de perte d'Anaïs	
○	L'alimentation et la réactualisation d'angoisses archaïques	
○	Représentations d'un bébé malade, projections maternelles et angoisses de perte	
○	Un bébé objet de représentations ambivalentes	
•	<u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	57
•	<u>DES RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES MARQUEES PAR L'AMBIVALENCE ET LA RECHERCHE DE REPARATION</u>	57
•	<u>UNE PREMIERE ANNEE DE VIE DU BEBE MARQUEE PAR UNE REPRISE DES CONSOMMATIONS DE DROGUE</u>	58
1.1.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme d'Anaïs</u>	59
1.1.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach d'Anaïs</u>	68
1.1.3.1.	<u>Clinique de la passation</u>	
1.1.3.2.	<u>Analyse des processus de pensée</u>	
1.1.3.3.	<u>Représentations de soi, narcissique</u>	
1.1.3.4.	<u>Représentations de relations</u>	
1.1.3.5.	<u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
1.1.3.6.	<u>Conclusion</u>	
1.1.4.	<u>Protocole du TAT d'Anaïs</u>	73
1.1.5.	<u>Analyse du protocole du TAT d'Anaïs</u>	83
1.1.5.1.	<u>Synthèse des procédés</u>	
1.1.5.2.	<u>Synthèse des problématiques</u>	
1.1.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs d'Anaïs</u>	85

1.2. <u>JULIETTE</u>	89
1.2.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Juliette</u>	89
1.2.1.1. <i>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Juliette</i>	89
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	89
• <u>HISTOIRE DE VIE ET DEBUT DES CONSOMMATIONS</u>	89
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	92
○ Désir d'enfant et ambivalence concernant les mouvements fœtaux	
○ Des antécédents traumatiques de grossesse source d'angoisses massives et omniprésentes pendant les grossesses suivantes	
○ Représentations et investissement de l'enfant à naître	
• <u>PERE DU BEBE</u>	97
• <u>PLACE DES CONSOMMATIONS PENDANT LES GROSSESSES</u>	97
1.2.1.2. <i>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Juliette</i>	100
• <u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	100
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	100
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	101
• <u>LE BEBE</u>	102
○ Le poids des traumatismes cumulatifs sur les représentations d'un nouvel enfant	
○ Une relation mère-fille ambivalente	
○ Investissement et représentations du bébé	
• <u>RELATIONS DU COUPLE PARENTAL</u>	110
• <u>REPRISE DE CONSOMMATIONS D'HEROÏNE « RITUELLES » OCCASIONNELLES</u>	111
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	112
• <u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	114
1.2.2. <u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Juliette</u>	115

1.2.3. <u>Analyse du protocole du Rorschach de Juliette</u>	121
1.2.3.1. <u>Clinique de la passation</u>	
1.2.3.2. <u>Analyse des processus de pensée</u>	
1.2.3.3. <u>Représentations de soi, narcissique</u>	
1.2.3.4. <u>Représentations de relations</u>	
1.2.3.5. <u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
1.2.3.6. <u>Conclusion</u>	
1.2.4. <u>Protocole du TAT de Juliette</u>	125
1.2.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Juliette</u>	133
1.2.5.1. <u>Synthèse des procédés</u>	
1.2.5.2. <u>Synthèse des problématiques</u>	
1.2.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Juliette</u>	135
1.3. <u>BERENGERE</u>	139
1.3.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Bérengère</u>	139
1.3.1.1. <u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Bérengère</u>	139
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	139
• <u>HISTOIRE DES CONSOMMATIONS</u>	139
○ « Dépendance affective – dépendance addictive »	
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	142
○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	
○ Modifications corporelles et investissement de l'enfant	
○ Représentations de l'enfant à naître	
○ Secret et angoisses de perte autour du traitement de substitution pendant la grossesse	
○ La recherche d'une famille « idéale » et « sécurisante »	
1.3.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Bérengère</u>	140

• <u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	148
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	148
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	149
○ La rencontre avec son bébé marquée par l'angoisse du syndrome de sevrage néonatal	
• <u>LE BEBE</u>	150
○ Santé et développement	
○ L'ombre du syndrome de sevrage néonatal sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces	
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	153
○ Dévalorisation et recherche d'étayage	
○ Angoisse de séparation	
• <u>LA PROBLEMATIQUE DE DEPENDANCE TOUJOURS CENTRALE</u>	155
• <u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	158
1.3.2. <u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Bérengère</u>	159
1.3.3. <u>Analyse du protocole du Rorschach de Bérengère</u>	164
1.3.3.1. <u>Clinique de la passation</u>	
1.3.3.2. <u>Analyse des processus de pensée</u>	
1.3.3.3. <u>Représentations de soi, narcissique</u>	
1.3.3.4. <u>Représentations de relations</u>	
1.3.3.5. <u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
1.3.3.6. <u>Conclusion</u>	
1.3.4. <u>Protocole du TAT de Bérengère</u>	168
1.3.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Bérengère</u>	176
1.3.5.1. <u>Synthèse des procédés</u>	
1.3.5.2. <u>Synthèse des problématiques</u>	
1.3.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Bérengère</u>	177

1.4. <u>CARINE</u>	181
1.4.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Carine</u>	181
1.4.1.1. <u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Carine</u>	181
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	181
• <u>HISTOIRE DE VIE</u>	181
○ L'absence de la figure paternelle et la recherche d'amour	
○ Des relations avec la mère marquées par la culpabilité et le désir de réparation	
○ Rencontre avec les produits	
○ La perte brutale et traumatique de son frère aîné	
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	184
○ Désir d'enfant et dénégarion de grossesse	
○ Modifications corporelles et investissement de l'enfant	
○ Représentations de soi en tant que mère	
○ L'arrêt des consommations de drogue ou la grossesse en tant que renflouage narcissique	
• <u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	189
1.4.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n° 3 de Carine</u>	190
• <u>CONTEXTE DE SECONDE LA RENCONTRE</u>	190
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	190
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	191
○ Syndrome de sevrage néonatal et culpabilité maternelle	
• <u>LE BEBE</u>	194
○ Le poids du syndrome de sevrage néonatal et de la culpabilité maternelle sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces	
○ L'allaitement et la réactivation de problématiques archaïques	
○ Lorsque le bébé n'occupe pas la fonction gratifiante et antidépressive attendue : représentations négatives et angoisses de perte de l'amour de l'objet de la mère	

•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	200
•	<u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	201
•	<u>AMBIVALENCE AUTOUR DES CONSOMMATIONS DE DROGUE</u>	202
1.4.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Carine</u>	203
1.4.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach de Carine</u>	208
1.4.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.4.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.4.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.4.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.4.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.4.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
1.4.4.	<u>Protocole du TAT de Carine</u>	213
1.4.5.	<u>Analyse du protocole du TAT de Carine</u>	220
1.4.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.4.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.4.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Carine</u>	222
1.5.	<u>SONIA</u>	227
1.5.1.	<u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Sonia</u>	227
1.5.1.1.	<i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Sonia</u></i>	227
•	<u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	227
•	<u>HISTOIRE DE VIE</u>	227
○	Les carences maternelles et l'inversion des rôles	
○	La grossesse : un temps de réaménagement psychique des relations mère-fille	
○	Non-reconnaissance du tiers paternel	
•	<u>HISTOIRE DES CONSOMMATIONS</u>	230
○	De la recherche de la « défonce » à la « médiation » relationnelle	

• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	232
○ Désir d'enfant et annonce de la grossesse	
○ Mouvements fœtaux et échographies : du vécu d'effraction au support des représentations maternelles	
○ Des représentations de l'enfant à naître marquées par l'objet-drogue	
• <u>REPRESENTATIONS ET CHEMINEMENT DANS LE DEVENIR MERE</u>	237
• <u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	238
1.5.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Sonia</u>	239
• <u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	239
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	239
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	239
○ Le prolongement du séjour à la maternité : remise en jeu de la passivité	
• <u>LE BEBE</u>	241
○ L'allaitement et la réactualisation des fantasmes archaïques	
○ Représentations d'un bébé idéalisé	
○ Développement du bébé	
○ Vécu de la séparation	
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	246
○ Conflit narcissico-objectal : entre centration sur l'enfant et angoisse de fusion	
• <u>PERE DU BEBE ET EVOLUTION DE LA DYNAMIQUE DU COUPLE PARENTAL</u>	249
• <u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	250
• <u>CONFLIT NARCISSICO-OBJECTAL, DEFAILLANCES DE LA TRANSITIONNALITE ET POURSUITE DES CONSOMMATIONS DE DROGUE</u>	252
• <u>DES PROJETS POUR L'AVENIR</u>	254

1.5.2. <u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Sonia</u>	255
1.5.3. <u>Analyse du protocole du Rorschach de Sonia</u>	261
1.5.3.1. <i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.5.3.2. <i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.5.3.3. <i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.5.3.4. <i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.5.3.5. <i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.5.3.6. <i><u>Conclusion</u></i>	
1.5.4. <u>Protocole du TAT de Sonia</u>	267
1.5.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Sonia</u>	275
1.5.5.1. <i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.5.5.2. <i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.5.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Sonia</u>	277
1.6. <u>CHLOE</u>	283
1.6.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Chloé</u>	283
1.6.1.1. <i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Chloé</u></i>	283
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	283
• <u>HISTOIRE DE VIE</u>	283
○ Une place centrale au sein du couple parental	
○ L'ambivalence entre crainte et désir de retrouvailles avec le père	
○ Rencontre avec les produits et histoire des consommations	
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	286
○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	
○ L'intégration progressive des remaniements psychiques et mouvements pulsionnels inhérents à la grossesse	
○ La difficile confrontation au vécu de passivité	
○ Investissement et représentations de l'enfant à naître	
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	290

•	<u>COUPLE PARENTAL ET PERE DU BEBE</u>	292
○	La présence/absence paternelle comme répétition inconsciente de son histoire dans un désir de réparation	
1.6.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Chloé</u>293		
•	<u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	293
•	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	293
•	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	293
○	L'accouchement : entre vécu d'intrusion et angoisse de perte	
○	L'accouchement par césarienne : défaut d'inscription psychique de la naissance	
•	<u>COMPLICATIONS ET SEJOUR A LA MATERNITE</u>	296
○	Le temps de l'hospitalisation : un temps de régression source d'un vécu persécuté	
•	<u>LE BEBE</u>	300
○	Sommeil	
○	Allaitement et réactivation de fantasmes archaïques	
○	Santé et développement du bébé	
○	Représentations du bébé	
○	Relations mère-bébé : ambivalence entre relation fusionnelle, angoisse de séparation et crainte de la dépendance	
•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	304
•	<u>COUPLE PARENTAL ET PERE DU BEBE</u>	306
○	Ambivalence face à l'absence du père auprès de leur fils	
○	Absence du père du bébé en tant que soutien à la mère	
○	Relations de couple et consommations de drogue	
•	<u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	311
○	Evolution des places générationnelles : passage du statut de fille à celui de mère	
○	L'ambivalence entre crainte et désir de retrouvailles avec le père	
•	<u>CONSOMMATIONS</u>	312

1.6.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Chloé</u>	313
1.6.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach de Chloé</u>	319
1.6.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.6.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.6.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.6.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.6.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.6.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
1.6.4.	<u>Protocole du TAT de Chloé</u>	324
1.6.5.	<u>Analyse du protocole du TAT de Chloé</u>	332
1.6.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.6.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.6.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Chloé</u>	334
2.	<u>ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES NON TOXICOMANES</u>	339
2.1.	<u>ELEONORE</u>	339
2.1.1.	<u>Analyse clinique des entretiens de recherche d'Eléonore</u>	339
2.1.1.1.	<i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 d'Eléonore</u></i>	339
	• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	339
	• <u>HISTOIRE DE VIE</u>	339
	○ Une relation à l'imgo maternelle marquée par la dépendance et l'angoisse d'engloutissement	
	○ Antécédents d'abus sexuels par le grand-père maternel	
	○ Poids du trauma sexuel sur la puberté et l'investissement du féminin et de la féminité	
	• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	345
	○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	

○	Mouvements fœtaux et échographies support de l'investissement de l'autre en soi	
○	Représentations et investissement de l'enfant à naître	
•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	348
○	Cheminement dans le devenir mère et conflit identificateur	
○	La suractivité en tant que défense contre l'effondrement dépressif et/ou le débordement psychique	
○	Un bébé différencié à rencontrer et à accompagner	
•	<u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	353
2.1.1.2.	<i>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 d'Eléonore</i>	353
•	<u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	353
•	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	353
•	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	354
•	<u>LE BEBE</u>	356
○	Problèmes de santé du bébé et angoisses mortifères	
○	Allaitement, reviviscence du trauma sexuel et réactualisation de fantasmes archaïques	
○	Relations mère-bébé : des interactions gratifiantes avec un bébé différencié	
○	Ambivalence à l'égard des mouvements d'opposition du bébé et remise en cause de la valorisation induite par le rôle de mère	
○	Angoisse de séparation	
•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	363
○	Etre-mère vs être-femme et sentiment de culpabilité exacerbé	
•	<u>PERE DU BEBE ET RELATIONS DE COUPLE</u>	366
•	<u>INVESTISSEMENT ET REPRESENTATIONS DU CORPS DU POST-PARTUM</u>	368
•	<u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	369
○	« Devenir mère » et reviviscence des conflits d'autonomie-dépendance et œdipien	

2.1.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme d'Eléonore</u>	370
2.1.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach d'Eléonore</u>	375
2.1.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
2.1.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
2.1.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
2.1.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
2.1.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
2.1.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
2.1.4.	<u>Protocole du TAT d'Eléonore</u>	380
2.1.5.	<u>Analyse du protocole du TAT d'Eléonore</u>	389
2.1.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
2.1.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
2.1.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs d'Eléonore</u>	391
2.2.	<u>THEODORA</u>	397
2.2.1.	<u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Théodora</u>	397
2.2.1.1.	<i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Théodora</u></i>	397
	• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	397
	• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	397
	○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	
	○ Les mouvements fœtaux et les échographies comme support de la rencontre avec le fœtus	
	○ Représentations et investissement de l'enfant	
	• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	399
	○ L'arrivée d'un puîné dans la famille et la réactivation des conflits infantiles maternels	
	• <u>RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES ET LA FRATRIE</u>	401
	○ La rivalité fraternelle exacerbée : entre problématiques œdipienne et narcissique	

○	Rivalité œdipienne, identification et séparation avec sa mère	
●	<u>PERE DU BEBE ET COUPLE PARENTAL</u>	403
2.2.1.2.	<u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Théodora</u>	405
●	<u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	405
●	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	405
●	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	405
●	<u>LE BEBE</u>	406
○	Des problèmes de santé du bébé sources de culpabilité	
○	L'alimentation et le sommeil	
○	L'ambivalence face à la séparation et l'autonomisation du bébé	
○	Représentations du bébé	
●	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	409
○	Ambivalence entre centration sur ses enfants et son rôle de mère et désir de réinvestir d'autres activités et statuts : réactivation de la rivalité œdipienne et fraternelle	
○	Complexe de castration et remise en jeu du désir de l'enfant imaginaire après chaque naissance	
●	<u>PERE DU BEBE ET COUPLE PARENTAL</u>	412
●	<u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES ET A LA FRATRIE</u>	413
○	Les rivalités œdipienne et fraternelle toujours au premier plan	
○	Blessure narcissique et recherche de reconnaissance et de valorisation de la part des figures parentales	
2.2.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Théodora</u>	415
2.2.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach de Théodora</u>	421
2.2.3.1.	<u>Clinique de la passation</u>	
2.2.3.2.	<u>Analyse des processus de pensée</u>	
2.2.3.3.	<u>Représentations de soi, narcissique</u>	
2.2.3.4.	<u>Représentations de relations</u>	
2.2.3.5.	<u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
2.2.3.6.	<u>Conclusion</u>	

2.2.4. <u>Protocole du TAT de Théodora</u>	425
2.2.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Théodora</u>	435
2.2.5.1. <i>Synthèse des procédés</i>	
2.2.5.2. <i>Synthèse des problématiques</i>	
2.2.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Théodora...</u>	437

ANNEXES PARTIE INSTITUTIONNELLE

1. <u>QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DES CSAPA ET UNITES D'ADDICTOLOGIE</u>	441
2. <u>QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DES MATERNITE (/NEONATALOGIE)</u>	445

INTRODUCTION

La maternité fait aujourd'hui l'objet d'une représentation idéalisée dans notre société, empreinte de normes et d'interdits, sources de culpabilité et de représentations négatives lorsqu'ils sont transgressés. Or, la toxicomanie, entendue comme un mode de consommation inadapté (pathogène) de substances psychoactives ayant pour fonction la quête du plaisir et l'évitement du déplaisir mais induisant des risques physiques et des problèmes sociaux et psychologiques (Goodman, 1990 ; McDougall, 2004 ; Pédinielli & al., 1997), constitue justement une transgression des normes sociales et sociétales.

Il apparaît alors difficile d'associer maternité, pensée du côté de la vie, et toxicomanie, pensée du côté de la destruction. La maternité chez les femmes consommatrices de substances psychoactives (SPA) est ainsi objet de représentations et projections négatives notamment de la part des professionnels de santé. Les mères souffrant de problématique addictive étant encore trop identifiées à des mères incompetentes, dangereuses ou toxiques pour leur enfant. Il arrive d'ailleurs que la maternité chez les femmes addictes fasse l'objet d'un déni de son existence chez certains professionnels.

Pour autant, l'on estimait, il y a dix ans¹, le nombre de toxicomanes en France entre 150 000 et 300 000 personnes avec 25 à 30% de femmes, dont une large majorité en âge de procréer (Lejeune, 2007). De fait, la possibilité d'une grossesse chez une femme usagère de drogue est à l'évidence fréquente. Plus précisément, selon Franchitto et al. (2010), 500 à 2 500 grossesses sont menées à terme chaque année en France par des femmes toxicomanes. Toubiana (2011) évoque quant à lui, 2 400 à 5 000 naissances sous toxicomanie par an. Ces femmes sont fréquemment polyconsommatrices avec une prévalence de dépendance aux opiacés (héroïne ou traitements de substitution), associée en général à des consommations de tabac, cannabis, cocaïne ou médicaments psychotropes (Lejeune, 2007).

La maternité des femmes dépendantes aux substances psychoactives est ainsi aujourd'hui une question de santé publique. Des études sur les femmes enceintes et mères toxicomanes existent mais portent essentiellement sur des questions médicales ou psychosociales (Lejeune 1997 à 2014, Simmat-Durand 2002 à 2013, Molénat, 2000). En particulier, l'on connaît mieux les effets des consommations de SPA pendant la grossesse sur le fœtus. En revanche, il existe très peu d'études concernant les effets du comportement addictif sur le développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant à long terme ou sur le devenir

¹ Il n'existe pas de chiffres plus récents.

des dyades mère-enfant. Il a cependant été mis en évidence un mauvais pronostic ainsi qu'une prévalence des placements de l'enfant, encore très élevée à la fin des années 1990. Environ un enfant sur dix était placé dès la sortie de la maternité, et près de la moitié l'était ultérieurement (Cassen, 1999). Les placements sont moins fréquents et surtout moins systématiques aujourd'hui dans la mesure où il a été mis en évidence que les troubles de l'attachement mère-bébé et les dysfonctionnements dans la relation précoce sont en partie liés à des facteurs socio-économiques spécifiques (Lejeune, 2000, 2007b, 2014) et à des prises en charge inadaptées dès les premiers temps de la grossesse et après la naissance du bébé (Lejeune, 2000 ; Simmat-Durand, 2002). La toxicomanie de la mère à elle seule ne peut être un motif suffisant au placement de l'enfant.

Cela d'autant que la grossesse et l'ensemble du processus de maternité (Racamier, 1979) constituent un moment évolutif fondamental pour la femme, lié à la réactualisation – et à l'éventuelle réélaboration – de conflits infantiles (Benedek, 1959 ; Bibring, 1959 ; Racamier, 1979). Le temps de la grossesse doit permettre l'élaboration progressive de la relation à l'enfant reconnu comme un être ayant sa propre subjectivité. La grossesse et le temps du devenir mère représentent cependant une période de vulnérabilité psychique du fait de ces importants remaniements psychiques (Bydlowski, 1997; Molénat, 2000) qui s'avèrent étroitement liés aux problématiques présentes dans la toxicomanie. Soulignons tout particulièrement le conflit narcissico-objectal (Jeammet, 2003, 2005), les troubles du moi corporel et l'enjeu des limites (Touzanne, 2009), ou encore, la question du processus de séparation-individuation (Malher & al., 1980 ; Pines, 1982). Ces éléments, indispensables à la construction du devenir sujet de chaque individu, restent en souffrance chez les sujets toxicomanes alors même qu'ils sont réactualisés par la maternité. Très peu de travaux abordent par ailleurs la question d'un point de vue psychodynamique et quelques-uns seulement l'articulation entre remaniements psychiques propres au devenir mère et problématique addictive (Cohen-Salmon, 2011 ; Rouveau, 2013) ou la qualité des interactions mère-enfant en post-natal (Lacrouts-Négrier & al., 2001). Ces problématiques sont pourtant cruciales si l'on veut améliorer la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants grâce à une meilleure prise en compte des dynamiques psychiques en jeu.

Face à ce constat, nous avons mené une première étude (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b) centrée sur les éventuelles incidences positives des remaniements psychiques liés à la grossesse sur la problématique addictive. Nous avons ainsi pu mettre en évidence que la proximité de la problématique addictive et des remaniements psychiques induits par la grossesse faisait de la grossesse d'une femme addictive une situation de grande vulnérabilité mais

qu'elle en faisait également un moment particulièrement fécond pour une transformation de l'économie psychique. La grossesse peut alors s'envisager comme une période durant laquelle une sortie de la toxicomanie est possible si elle s'accompagne d'un soutien adapté (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey 2016a & b). La grossesse se pense ainsi en termes de potentialité de réorganisation psychique pouvant opérer soit du côté de l'aggravation de la toxicomanie, soit du côté de sa prise en charge, d'une diminution, voire d'une résorption (Ebert, 1998 ; Lacroust-Négrier et al., 2001 ; Simmat-Durand, 2002).

Notre présent travail s'inscrit dans la continuité de ces précédents travaux. Le premier versant de notre recherche actuelle porte sur la potentielle prédictivité des remaniements psychiques observés pendant la grossesse de femmes toxicomanes sur la qualité du processus de maternalité et l'investissement de l'enfant. Il s'agit ainsi de savoir si ces réaménagements peuvent résister à la rencontre avec l'enfant réel et œuvrer à l'élaboration de représentations maternelles favorables au processus de maternalité et au progressif investissement objectal de l'enfant. Notre recherche correspond ainsi à une étude clinique et projective psychodynamique de l'évolution du fonctionnement psychique et des représentations liées à l'enfant de la femme toxicomane et/ou substituée devenant mère. Cette recherche s'appuie sur l'analyse d'entretiens semi-directifs et de tests projectifs de femmes toxicomanes et non toxicomanes entre le dernier trimestre de grossesse et les un an de l'enfant.

Une meilleure compréhension des enjeux psychiques de la maternalité chez les femmes addictes devrait permettre l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes et mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants, notamment par la poursuite de l'évolution des représentations des professionnels de santé.

Notre travail clinique sera introduit par une présentation théorique portant dans un premier temps sur la toxicomanie et ses spécificités féminines puis, dans un deuxième temps, sur l'articulation entre problématique addictive et grossesse qui reprendra, pour partie, les résultats de nos précédentes recherches (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016 a & b). Une dernière partie sera consacrée à l'articulation entre processus de parentalité et problématique addictive incluant également la question du père (toxicomane ou non) à la fois dans son rapport à la paternité et dans son rôle auprès de la mère et de l'enfant.

Notre méthodologie qualitative et longitudinale se veut résolument clinique et s'appuie ainsi sur trois entretiens semi-directifs proposés à six femmes toxicomanes et/ou sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) et à deux femmes non toxicomanes lors de trois rencontres

au septième mois de grossesse, aux quatre mois puis aux douze mois de l'enfant, ainsi que deux tests projectifs complémentaires : le Rorschach et le Thematic Apperception Test (TAT). L'entretien clinique est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. Les tests projectifs permettent de mettre en évidence des caractéristiques psychiques (processus, problématiques, mécanismes de défense ...) non-visibles dans la clinique et au cours des entretiens. Ils sollicitent notamment la question des limites dedans-dehors, la qualité des assises narcissiques, les modalités relationnelles ou encore l'élaboration des problématiques dépressive et œdipienne. Ils viennent ainsi compléter de manière plus approfondie les données recueillies par les entretiens de recherche. En effet, ces trois entretiens de recherche sont insuffisants pour saisir toutes les subtilités du fonctionnement psychique. Par ailleurs, l'articulation entre perception et projection sous-tendue par les épreuves projectives vient questionner la possibilité pour les sujets de fonctionner dans une aire transitionnelle (Winnicott, 1951).

Nous avons choisi d'inclure dans la recherche, deux femmes non toxicomanes (tabac et alcool inclus) et sans trouble mental avéré, en plus des six femmes toxicomanes et/ou substituées, afin de tenter de dégager d'éventuelles spécificités du processus de maternalité chez les femmes toxicomanes. Il est à noter que la population rencontrée constitue un groupe particulier de la population des femmes usagères de drogues puisque toutes, malgré des consommations plus ou moins fréquentes de drogues par ailleurs, étaient déjà inscrites dans une démarche de soin impliquant le recours à un traitement de substitution aux opiacés (TSO) avant la grossesse. Leurs caractéristiques socio-économiques diffèrent également de celles des femmes/mères toxicomanes le plus souvent rencontrées dans les études sur le sujet. Toutes étaient en couple avec le père du bébé qui pouvait être consommateur ou non. Elles disposaient d'un logement et une partie d'entre elles avaient un emploi ou étaient en formation professionnelle. L'une d'entre elle a néanmoins été dans une grande précarité plusieurs années auparavant. Elles avaient cependant toutes des caractéristiques anamnestiques communes : violences physiques et/ou psychiques dans l'enfance ou l'adolescence, ruptures et séparations, précocité des conduites d'intoxication.

Les résultats de l'analyse des huit cas cliniques seront ensuite discutés afin de tenter de rendre compte des enjeux psychiques du devenir mère chez la femme souffrant d'une problématique addictive et de l'investissement de l'enfant. Cela en mettant en lumière des éléments communs à l'ensemble des mères consommatrices de SPA tout en respectant la singularité de chacune.

Nous nous appuyerons également sur notre clinique en service de maternité où nous sommes amenées à rencontrer des femmes enceintes « tout venant » et sur notre clinique en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) où nous accompagnons des femmes et des hommes souffrant de problématique addictive dont des futurs ou jeunes parents.

Nous souhaitons par ailleurs intégrer un élément plus « pratique » à notre thèse sous forme d'une « recherche-action » visant à tenter de faire un état des lieux des modalités d'accompagnement des femmes enceintes et mères consommatrices de drogues illicites sur le territoire Ouest-Normand (anciennement Basse-Normandie) et à soutenir l'élaboration d'un projet de prise en charge spécifique et pluridisciplinaire dans une partie du territoire Bas-Normand. Cette « recherche-action » a pu être mise en place grâce au soutien de la Région Basse-Normandie notamment financier, par le biais d'une allocation doctorale (à 100%). En effet, l'intérêt accru des politiques de santé publique porté à la maternité chez la femme toxicomane ces dernières années et les résultats des études soulignant la nécessaire évolution des prises en charge (Franchitto & al., 2010 ; Lejeune, 1997, 2002 ; Simmat-Durand, 2007, 2008) ont favorisé le développement de structures spécifiques ou de réseaux pluridisciplinaires d'accompagnement de femmes enceintes et mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants. Ces différentes structures associent services d'addictologie et services de périnatalité (Hôpital mère-enfant de l'Est parisien, Association Horizons, ELSA, CH Louis Mourier, CHU Montpellier, réseaux ville-hôpital-toxicomanie, ...). L'existence de tels dispositifs d'accompagnement pluridisciplinaire reste cependant encore très inégale et disparate sur l'ensemble du territoire français (métropolitain). En effet, nous avons constaté l'absence d'un tel réseau formalisé sur le territoire anciennement Bas-Normand (Calvados, Manche, Orne) lors de nos précédents travaux (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016a & b). Il existait malgré tout, des liens informels entre certaines structures (Unité d'addictologie ou CSAPA et maternité) mais cela restait très dépendant des intérêts et volontés individuels. Par ailleurs, nous avons constaté des disparités concernant la présence de femmes enceintes usagères de drogues dans les différentes institutions et ce, pour une même ville. Enfin, nous n'avons pu que noter la persévérance des représentations erronées et encore très négatives à l'égard des mères toxicomanes de la part de certains professionnels de périnatalité notamment. La dernière partie de notre travail de thèse consistera alors en un état des lieux succinct des modalités d'accompagnement des femmes enceintes et mères consommatrices de SPA et de leurs enfants dans l'Ouest-Normand et des freins potentiels à la mise en place de telles prises en charge. Elle

comprendra également une présentation de l'avant-projet « Périnatalité et Addictions » que nous avons élaboré avec l'équipe du CSAPA Presqu'île de Cherbourg (Fondation Bon Sauveur de la Manche) et qui vise à formaliser et développer un travail en réseau d'accompagnement de la population concernée, impliquant professionnels d'addictologie et professionnels de maternité-périnatalité.

THEORIE

A. LA TOXICOMANIE FEMININE : PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES

Il nous paraît pertinent de débiter cette première partie de notre développement théorique par l'abord des spécificités de la problématique addictive dans une perspective psychodynamique psychanalytique.

Notre développement sera composé de cinq grands chapitres. Nous reviendrons, dans un premier temps, sur les différents termes qui rendent compte de cette problématique. Puis nous aborderons la métapsychologie des processus addictifs, suivie d'un questionnement sur la conception psychosomatique de l'addiction. Nous traiterons ensuite du processus adolescent et de ses liens avec l'apparition des conduites toxicomaniaques. Enfin, nous terminerons par l'articulation entre addiction et traumatisme.

Nous tenterons également, tout au long de cette présentation, de discuter les spécificités de la problématique addictive féminine.

1. ETYMOLOGIE DE LA TERMINOLOGIE : TOXICOMANIE, ADDICTION, DEPENDANCE

Avant de nous centrer sur une compréhension psychanalytique et psychodynamique de la problématique addictive, il convient de revenir sur les différents termes qui en rendent compte.

1.1. La toxicomanie

La notion de toxicomanie a été définie en 1957 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue, naturelle ou synthétique ». Elle convoque plusieurs caractéristiques qui sont : un invincible désir ou besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter les doses (effet de l'accoutumance), une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue, et des effets nuisibles à l'individu et à la société ». Cette terminaison s'est

avérée rapidement inadéquate dans la mesure où ces critères n'étaient pas applicables à toutes les substances psychoactives. La définition de la toxicomanie s'appliquait par ailleurs essentiellement aux substances illicites, aux stupéfiants. C'est ainsi que le terme de « dépendance » fut proposé par l'OMS en 1965, rapidement remplacé par le terme de « pharmacodépendance » (1969).

Dans une perspective plus intégrative, Olievenstein (1987) qualifie la toxicomanie comme le résultat d'une rencontre entre un produit, une personnalité et un contexte socio-culturel. Aux caractéristiques classiques de la toxicomanie, il ajoute que le sujet se centrerait sur la recherche des sensations issues de la prise de produit et source de plaisir, et c'est ce qui conduirait à la dépendance. Valleur et al. (2006) précisent que la toxicomanie est « une forme particulière d'être au monde », qu'elle est source de souffrance pour le sujet et de problèmes pour le groupe social.

La toxicomanie est désormais considérée comme un type d'addiction avec produit (en opposition aux addictions sans produit). Les définitions de l'OMS et du DSM-IV s'intéressent principalement aux effets psychodynamiques et biologiques de la drogue, sans prendre en compte la place du sujet dans la toxicomanie. Elles différencient cependant dépendance, abus, intoxication, sevrage et troubles induits. Elles spécifient également les différentes formes de toxiques existants ainsi que les notions de dépendance physique et de dépendance psychologique.

Il convient également de reprendre l'étymologie du terme « toxicomanie ». Il découle de l'association de deux termes grecs : « toxikon » et « mania ». Le premier renvoie au poison des flèches et donc à l'empoisonnement, et le second à la folie, la démence. Le terme « toxicomanie » peut ainsi se traduire comme « un désir maniaque de s'empoisonner ».

1.2.L'addiction

C'est en référence à cette définition étymologique que McDougall (2004) critiquera le terme de toxicomanie et lui préférera le terme, déjà utilisé par les anglo-saxons, d'addiction. Celui-ci a une origine latine, « ad-dicere » qui exprime l'appartenance d'un individu à un autre auquel il a été donné en esclavage. Cela renvoie à la question de la contrainte et de la dette par le corps et par le comportement. Ce que l'on retrouverait dans les addictions.

McDougall (1982, 2004) remet en cause l'idée que le sujet toxicomane chercherait à se faire du mal. Le sujet addict est « l'esclave d'une seule solution pour échapper à la douleur mentale ». C'est la quête du plaisir - ou l'évitement du déplaisir - qui domine dans l'addiction et non le désir de se faire du mal.

En 1990, Goodman proposait également de définir l'addiction « comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Il ajoutait six critères pour délimiter le champ des addictions. Goodman met ainsi en avant la question de la répétition d'un comportement malgré des conséquences néfastes pour le sujet. Cela fait écho à la compulsion de répétition, élément alors intrinsèque des addictions.

1.3.La dépendance

La notion de dépendance a fait son apparition en 1965 pour tenter de pallier les manques de la définition de la toxicomanie. Elle peut être à la fois physique et/ou psychique. La dépendance physique se manifeste lorsque l'organisme ne peut se passer du produit sous peine de symptômes physiques et corporels plus ou moins importants et qui traduisent l'état de manque relatif au sevrage. La dépendance psychique quant à elle apparaît lorsque la privation de drogues entraîne un sentiment de mal-être, de l'angoisse et une souffrance intense (Pédinielli, 1995). McDougall (2004) ajoute que c'est une tentative d'auto-guérison.

Concernant les classifications internationales, la CIM-10 présente la dépendance comme la manifestation d'au moins trois des signes cités ci-après, sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée : un désir compulsif de consommer le produit ; des difficultés à contrôler la consommation ; l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage ; une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire) ; un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche, et/ou une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Le DSM-V combine, quant à lui, en une seule catégorie les « troubles liés à l'utilisation d'une substance », les catégories d' « abus de substance » et de « dépendance à une substance » du DSM-IV. Cela implique alors la perte de la différenciation entre abus et dépendance proposé par le DSM-IV et évoqués par Evans et Sullivan (cités dans Pirlot, 1997). Il apparaît ainsi que la dépendance (physique et psychique) s'inscrit aussi bien dans les toxicomanies que dans les addictions.

Nous entendrons, dans ce travail de recherche, que le terme d'addiction englobe celui de toxicomanie et ceux associés d'accoutumance, d'assuétude et de dépendance, intégrant ainsi également les conduites addictives sans produits. Nous renvoyons ainsi l'addiction à la définition suivante : « répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par

la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchés et consommés avec avidité » (Pédinielli & al., 1997 : 8). Cette définition descriptive inclut les notions de dépendance, de plaisir et de répétition. Nous appliquerons le terme « toxicomanie » à l'addiction aux substances psychoactives.

1.4.La toxicomanie au carrefour du biologique, du psychologique et du social : une source de variabilité interindividuelle face à la dépendance

Sans rejeter une perspective plus intégrative qui situe la toxicomanie au carrefour du biologique, du psychologique et du social (Pédinielli & al., 1997 ; Olievenstein, 1978) et met en avant les facteurs de vulnérabilité biologiques et sociaux (Varescon, 2010), notre approche des addictions et de la toxicomanie se réfère aux théories psychanalytiques psychodynamiques. Nous reconnaissons néanmoins l'existence de modèles complémentaires de compréhension des addictions développés dans d'autres domaines et notamment en neurobiologie²

² Cf. annexes pour une présentation succincte.

2. METAPSYCHOLOGIE DE LA PROBLEMATIQUE ADDICTIVE

Après cette présentation succincte des termes pouvant définir les conduites addictives, nous souhaitons maintenant nous centrer sur les spécificités de la problématique addictive d'un point de vue psychodynamique psychanalytique. Nous tenterons plus précisément de cerner les causalités et les processus en jeu dans cette problématique de façon à les articuler à ceux de la maternalité par la suite (Parties B. et C.). Nous porterons notamment notre intérêt sur les écueils des processus transitionnels et d'introjection ainsi qu'au défaut de constitution des autoérotismes et d'assises narcissiques stables. Tout cela conduisant aux troubles d'élaboration de la perte. Nous aborderons également la question de la fonction paternelle tierce, défailante chez les sujets toxicomanes.

2.1. Défaillances des fonctions maternelles et traumatismes précoces : échec de la transitionnalité et du processus d'introjection

Une majorité des professionnels et auteurs travaillant auprès de patients usagers de drogues s'accordent sur la présence de dysfonctionnements et de traumatismes dans les relations précoces : insuffisante *bonne* adaptation de la mère aux besoins du bébé, incohérence et dysrégularité dans les soins à l'enfant, troubles de la capacité contenante de la mère, ... Autant d'éléments qui ont entravé le développement des phénomènes transitionnels (Winnicott, 1951) empêchant le bébé de construire « une mère interne suffisamment bonne » pour supporter et élaborer les états de souffrance psychique. Cela conduisant au clivage de l'enfant (« faux self », Winnicott, 1960 ; McDougall, 1982). Le sujet va alors se vivre comme « pas tout à fait réel » et comme « vide » (McDougall, 1982/2003 : 86). Cela signe l'échec des processus d'introjection et d'identification, rabattues du côté de l'incorporation (Abraham & Torok, 1987) bien mis en évidence chez les sujets toxicomanes (Gutton, 1984, 1997). Olievenstein définissait d'ailleurs la genèse de la problématique addictive selon la métaphore du « stade du miroir brisé » comme défaut de la constitution de l'identification.

Si l'introjection permet d'élaborer la perte et signe la séparation d'avec l'objet externe puisqu'il est conservé dans le monde interne, l'incorporation signe le refus et le déni de cette perte (Abraham & Torok, 1968). L'incorporation nécessite ainsi la présence de l'objet externe, le corps et la présence maternelle dans un premier temps, car faute d'un accès à une représentation, le sujet reste fixé à quelque chose de l'ordre de la perception. Cela vient perturber massivement l'établissement de relations objectales durables et favorise un sentiment de vide permanent qui participe aux relations instables (liens-ruptures) du sujet : « A une place

où devrait se situer une représentation objectale d'un personnage significatif (bien sûr parental) ; le sujet sent, plus ou moins inconsciemment, que cette place est vide et qu'à cette place il devrait y avoir l'image de quelqu'un et de quelqu'un avec lequel le sujet doit mettre au point une situation relationnelle non réglée jusque-là » (Bergeret, 1982 : 54). Les objets d'addiction vont alors venir illusoirement pallier l'absence de l'objet transitionnel, colmater la fonction maternelle interne et soutenir le transitionnel défaillant en tant qu'« objet transitoire » (McDougall, 1982, 2004).

McDougall (1982, 2004) caractérise l'objet toxicomane des addictions comme un « objet transitoire » au sens où il faut le remplacer continuellement dans la mesure où il n'a ni la signification, ni le destin de l'objet transitionnel, à savoir être un objet en voie d'introjection. Il échoue également dans la mesure où il représente « des tentatives d'ordre somatique plutôt que psychologique pour faire face à l'absence ou à la douleur mentale, et ne fournit qu'un soulagement temporaire » (McDougall, 2004 : 519). Le comportement addictif souffre dès lors inévitablement d'une dimension compulsive.

Le recours au produit signe ainsi l'échec de la fantasmatisation et de l'internalisation de l'objet qui conduit McDougall (1982, 2004) à considérer l'addiction comme un « acte-symptôme », autrement dit, une décharge par l'acte. Gutton (1984) parle ainsi d'« acting-out » en tant que processus par lequel un comportement, une décharge énergétique répétée - mais ni remémorée, ni perlaborée - se réalisent à la place de l'actualisation d'un fantasme inconscient. Des idées imprégnées d'affects anxieux ou dépressifs, potentiellement inélaborables et immaîtrisables pour le sujet, n'atteignent pas la représentation mentale ni la conflictualisation, et sont gardées hors du conscient. La « forclusion de l'affect ou plus exactement la faillite de la représentation des idées susceptibles de susciter des affects intolérables pour le sujet, va de pair avec la tendance à l'agir et à la décharge de la tension » (McDougall, 1982/2003 : 137). McDougall (1982/2003 : 142) ajoute que « plus l'économie narcissique est fragile, et plus le sujet aura tendance à réagir aux conflits internes et aux événements externes inacceptables uniquement par des « actes-symptômes », par des extériorisations ou par des somatisations ». L'« extériorisation » de la douleur mentale et des conflits psychiques rend compte de l'impossibilité de mettre en place d'autres solutions plus économiques et notamment l'élaboration psychique. « Le toxicomane transforme la douleur en manque au travers de l'agir afin d'éviter la représentation » (Monraisin, 2012 : 173).

2.2.Toxicomanie, impossible élaboration de la perte et problématique narcissico-objectale

Le défaut d'introjection de la fonction maternelle touche les deux pôles de l'axe narcissico-objectal. Le processus de séparation-individuation n'ayant pu advenir, la séparation et la perte de l'objet réel ne peuvent être tolérées. Notre clinique auprès de patients addicts ainsi que la littérature rendent ainsi compte de l'existence d'un fond dépressif présent chez une grande majorité des patients. Les conduites addictives pourraient servir à éviter la dépression contre laquelle le sujet lutte par le comportement et le corps (Bergeret, 1982 ; McDougall, 2004). Corcos et al. (2003) évoquent également une « solution dépressive » qui fait appel à la notion de dépressivité. Celle-ci est liée à l'impossible travail de deuil, contrairement à la dépression qui correspondrait à un deuil raté (Laufer et Laufer, 1989). L'objet qui ne peut être perdu est investi narcissiquement. C'est cette partie indifférenciée qui est attaquée dans le passage à l'acte et de manière répétée dans les conduites addictives. Néanmoins, l'objet absorbé ne peut rester dans le psychisme du fait de sa dangerosité dépersonnalisante. Les conduites addictives permettent alors paradoxalement de l'extérioriser. Les addictions rendraient ainsi également compte du retour sur le corps propre d'une haine primitive et sadique d'une époque très précoce. En détruisant son propre corps, c'est celui de l'autre que l'on détruit (l'autre maternel imaginativement confondu avec le sien propre). Il s'agirait alors de « régler ses comptes avec des objets « internes » » (McDougall, 1982/2003 : 155). Le sujet reste ainsi dans une dépendance à son environnement et à l'objet externe.

Par ailleurs, les troubles dans les relations précoces conduisent également à des défaillances narcissiques précoces. L'objet d'addiction viendrait, sur ce registre, entretenir l'illusion d'un narcissisme primaire aconflictuel qui fait écho au narcissisme primaire de Freud (1920). Le recours au produit viendrait également restaurer « une trame narcissique qui demeure en quelque sorte trouée, les trous étant occupés par les objets externes » (Jeammet, 1991 : 92). Le sujet toxicomane aurait affaire à « une véritable carence existentielle, un défaut d'« être », une incapacité à se sentir naturellement soi-même » (De M'Uzan, 2004 : 593). Ce qui ferait défaut au toxicomane serait ce qui assure son sentiment de complétude et d'unicité, ce que De M'Uzan (2004) nomme le « tonus identitaire de base ». Le toxique aurait pour fonction de rétablir ce « tonus identitaire de base » défaillant par un apport extérieur. Il permettrait finalement d'être. La problématique toxicomane s'inscrit dès lors dans une problématique narcissique-identitaire archaïque. Le toxicomane va préserver son identité grâce à l'objet-drogue qui jouera le rôle d'un objet interne sécurisant car maintenant, de façon paradoxale, une fonction d'« anti-introjection », celle-ci étant vécue comme dangereuse du fait du défaut de

constitution de limites stables entre monde interne et monde externe (Jeammet, 1991, 1994, 1997, 2005). La relation à l'autre, marquée par la dépendance, entraîne en effet un sentiment d'aliénation et la possibilité d'une fusion intrusive et menaçante. Elle représente alors une menace pour le narcissisme du sujet addict risquant d'entraîner une perte d'autonomie et d'identité. L'objet d'addiction va alors permettre de maîtriser (illusoirement) l'objet extérieur (autrui) en le remplaçant par l'objet-drogue et ainsi éviter toute dépendance à l'objet interne (McDougall, 1982 ; Jeammet, 1991, 1997, 2005). Cependant, le recours à l'objet-drogue pour éviter l'assujettissement à autrui et le maintien du sentiment d'existence vient, là encore de façon paradoxale, le destituer de sa position de sujet. En effet, c'est l'objet extérieur (autrui) qui sera garant de son identité (Pédinielli & al., 1997).

Les problématiques de perte et narcissico-objectales sont au premier plan chez les sujets addicts que nous rencontrons dans le cadre de notre clinique en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Nous avons également repéré ces problématiques chez une majorité des sujets de notre précédente étude (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b). Ainsi, chez les femmes enceintes toxicomanes ou sous TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés) rencontrées, le dégagement narcissique vers autrui ne se réalise que sur le mode anaclitique. Les relations à autrui sont déterminées par la dépendance (à la mère) avec l'idée d'un échec du processus de séparation-individuation. La drogue peut d'ailleurs être vue tout autant comme substitut (et maintien) de cette relation de dépendance que comme une tentative, vouée à l'échec, pour en sortir et entrer en relation avec autrui.

Chez les sujets toxicomanes, les traumatismes répétés de l'enfance entraînent ainsi un investissement par le Moi des objets sur un mode plus narcissique qu'objectal, sur un mode d'emprise agressive plus que libidinale. Cela avec pour visée d'en prendre possession et de le contrôler sur un mode sadique oral et anal, par crainte de le perdre ou d'être attaqué par celui-ci (Miel, 2002).

2.3. Défaut du pare-excitation maternel et perturbation de la constitution des autoérotismes : naissance des procédés autocalmants, prémisses du recours au toxique

La répression des excitations, l'échec du pare-excitation maternel et l'absence de mise en sens des vécus bruts de l'enfant par la mère ne permettent pas la constitution de liens entre vécus, sensations, affects et représentations. Les expériences primaires, non qualifiées, ne peuvent être pensées et c'est en cela qu'elles sont traumatiques. « Excès érotique ou répression massive sont les deux pôles d'un même traumatisme qui nuit à la reprise interne par le

psychisme de l'excitation, qui ne permet pas sa transformation en pulsion qualitativement différenciée, apte à être négociée dans le jeu de représentations pouvant se déplacer, se condenser, s'échanger. L'enfant ne peut que faire les frais de la désorganisation psychique d'une mère débordée par le pulsionnel violent de la maternité » (Parat, 2007 : 24). Cela va entraîner la mise en œuvre de procédés autocalmants, qui, en l'absence d'auto-érotismes sûrs et protecteurs, « assurent en définitive la fonction de pare-excitations dévolue, dans des conditions normales, au travail psychique, ici mis hors-jeu du fait de la conjoncture traumatique » (Smadja, 1993, citée dans Parat, 2007 : 24). Le bébé va s'auto-stimuler pour se sentir physiquement, pour ne pas être dans la détresse. L'autostimulation va également être surinvestie comme solution de défense contre les sentiments de manque et de dépendance induits. Elle correspond à une voie par laquelle l'enfant (et plus tard le toxicomane) va tenter de retrouver sa toute-puissance, l'illusion de la satisfaction première (pour le toxicomane, la fusion avec l'objet primaire ou l'état de narcissisme primaire) en se passant de l'objet libidinal. « La « déviation » primaire normale qui fonde la sexualité humaine peut [ainsi] être entravée dès ses débuts chez certains enfants qui, de ce fait, risquent de se retrouver acculés à inventer une néo-sexualité afin de pouvoir garder intactes les limites du corps, de pouvoir posséder un corps érogène, et enfin, de pouvoir protéger ce corps contre le retournement sadique primitif où l'autoérotisme se voit transformer en auto-agressivité.» (McDougall, 1982/2003 : 308). Cette (auto-)production de sensations va faire le lit des conduites addictives de l'adolescence par le recours permanent à un objet externe pour apaiser une excitation que ce recours même relance.

Les auto-érotismes sont, en outre, nécessaires à la construction subjective (« double-mouvement de soi vers l'autre en soi » (Pirlot, 2002 : 113)). « Lorsque l'objet interne a manqué, ou que le fantasme trop œdipien ou trop incestueux en a interdit l'exploitation, le Moi réprimerait ses pulsions et utiliserait le corps et les sensations-perceptions comme substituts auto-érotiques plutôt que d'utiliser la voie fantasmatique et de représentation de la pulsion » (Ibid. : 113).

Les régions du corps utilisées par le sujet addict pourraient, par ailleurs, être celles témoins d'expériences d'effractions, d'immobilisation ou de violence comme la peau ou les poumons, dans le sniff, « lieux des cris étouffés » (Ibid. : 113).

L'excès d'excitations sensorielles et comportementales aurait pour but, selon Pirlot (2002), de combattre la force de déliaison drainée par les pulsions prégénitales ou provenant des angoisses plus archaïques. La quête excessive d'excitations soutient la psyché dans la recherche d'une constance. Il y a nécessaire maintien constant d'excitation pour remplacer ou suppléer l'excitation pulsionnelle. Cela abouti, à long terme, à la déliaison de la vie psychique

fantasmatique et à la mise en place d'un « fonctionnement opératoire ». La production et le maintien d'excitations extérieures assurent par ailleurs au sujet toxicomane une différenciation d'avec l'environnement, l'existence de limites et une identité propre.

Le défaut du pare-excitation maternel, en perturbant la constitution des auto-érotismes et en empêchant la liaison pulsionnelle, implique alors la menace d'effraction et de débordement psychique du sujet, jusqu'à la désorganisation psychique, par les mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs.

Ainsi, l'on peut conclure sur le fait que l'excès ou la répression de l'excitation par la mère face aux excitations de l'enfant concourt à la non intrication pulsionnelle et à l'impossibilité d'instauration d'un lien mère-enfant libidinalisé et objectalisé. Le travail de liaison entre sensations cénesthésiques, émotions et affects qui ouvre normalement sur un corps érogène, premier niveau de traitement du pulsionnel, est largement entravé, contraignant le sujet addict à recourir au produit chaque fois qu'il se trouve confronté à une tension, non élaborable et donc insupportable.

2.4. Défaillances de la fonction paternelle chez les sujets toxicomanes

Après avoir montré l'importance des perturbations des relations précoces mère-enfant dans la genèse des processus toxicomaniaques, il convient de nous questionner sur la place de la fonction paternelle tierce dans la problématique addictive. Nous tenterons ainsi de rendre compte de la place de la figure paternelle dans la problématique de dépendance à partir des travaux sur les pathologies limites qui représentent, selon nombre d'auteurs, l'organisation prototypique pour « penser » les addictions. Nous évoquerons également de récents travaux spécifiques à la problématique addictive.

Les pathologies limites sont souvent comprises comme l'expression de la persistance d'une mère interne omnipotente qui règne sur l'univers mental du patient, associée à un défaut du tiers paternel qui n'a pu mettre fin à la relation fusionnelle en jouant son rôle de médiateur-séparateur. Dans les pathologies limites, les désirs hostiles contre le père ont plus trait à son absence en tant que limite entre la mère et l'enfant au sein d'une relation menaçant l'autonomie de ce dernier, qu'au désir de maintenir la relation fusionnelle. Cependant, le père est perçu comme trop fragile pour résister à ces attaques, ce qui peut détruire la relation minimale qui perdure. La mère semble par ailleurs avoir usurpé les fonctions paternelles, empêchant alors l'enfant de lutter contre la figure paternelle. Le père ne peut être haï ni absent, il est alors perdu (Green, 2008). Green (Ibid.) introduit dès lors le concept lacanien de forclusion du père.

L'absence de père est un manque fondamental pour la psyché, car toutes les fonctions paternelles absentes manquent aux identifications du sujet et à sa protection.

Donnet et Green (1973) ont par ailleurs rendu compte d'une organisation du complexe d'œdipe singulière chez les patients limites, qui relèverait justement d'une défaillance de la mise en place de la problématique œdipienne. Ils décrivent une organisation où le sujet serait uni à ses géniteurs, eux-mêmes unis par la différence des sexes. Contrairement à la structuration névrotique où la différence des sexes structure la relation autour de la problématique de la castration qui elle-même s'articule avec l'identification, la « tri-bi-angulation » implique une relation entre les trois protagonistes modifiée. Le père et la mère sont différenciés, non selon leur sexe mais selon leurs qualités bonnes ou mauvaises. « Comme tout dichotomie a pour conséquence que chaque terme renvoie nécessairement à l'autre comme un double inversé, la tripartition sujet-objet, bon et mauvais objet aboutit en fait à une relation duelle, car l'objet tiers n'est jamais que le double de l'objet (Donnet & Green, 1973 : 266) ». C'est le clivage bon-mauvais objet qui domine et le sujet est plus souvent confronté au mauvais objet et, par voie de conséquence, le bon moi est constamment happé par le mauvais moi. Le bon objet va toujours s'avérer décevant ce qui entraînera sa dévalorisation puis son désinvestissement. Le sentiment de persécution domine. Cette configuration entraîne des troubles de l'identification.

McDougall (2004) souligne, soutenue par de nombreux auteurs, le peu de place que tient le père dans la constellation œdipienne chez les patients souffrant de problématique addictive. « Il faut également noter que, dans bien des recherches cliniques qui ont été menées sur l'addiction, le père, s'il n'est pas mort, est fréquemment absent ou, s'il est là, est souvent présenté comme inconsistant, coupable ou incestueux, et même, dans certains cas, lui-même addicté (souvent alcoolique). Au cours de ma propre expérience clinique, le père m'a été décrit maintes fois comme très surchargé professionnellement et donc relativement absent ». (McDougall, 2004 : 519).

Soulinac et Croquette-Krokar (2003) mettent en évidence, chez ces sujets, une conflictualité concernant l'imgo paternelle. Le père est idéalisé mais en même temps inaccessible du point de vue affectif : « c'est un père « héroïquement absent », « admirablement mauvais » » (Soulinac & Croquette-Krokar, 2003 : 95). L'imgo paternelle génère une ambivalence massive et constituerait une substance psychique empoisonnée, ressentie et agissant comme un poison dans le psychisme du sujet. L'on retrouve ainsi une image paternelle idéalisée et/ou mauvaise (et internalisée), tout comme l'image maternelle.

L'absence du père ou sa disqualification par la mère pendant les premiers temps de vie de l'enfant, entraîne la transmission d'informations inquiétantes, négatives ou complètement absentes rendant le père étranger. Le père « reste un signifiant vide, forclos ou négatif » (Soulignac & Croquette-Krokar, 2003 : 95). Il ne pourra pas non plus occuper sa place de tiers séparateur ni de soutien face au psychisme de la mère.

L'addiction viendrait ainsi compenser illusoirement les défaillances maternelles et l'objet interne précaire ressenti comme absent ou incapable de consoler l'enfant perturbé qui se cache à l'intérieur, mais aussi les défaillances des fonctions paternelles, le père étant du même coup déchu (McDougall, 1982, 2004). L'addiction se pose comme un évitement de la perte et de la souffrance psychique, inélaborables. Nous en avons tout particulièrement souligné le poids des perturbations des relations précoces ayant mis en défaut les processus transitionnel et d'introjection avec notamment pour conséquence une impossibilité à élaborer dans le registre psychique vécus, sensations ou affects. Le recours à l'acte domine alors. Cette solution économique particulière d'« extériorisation » de la douleur mentale et des conflits psychiques nous a amenée à questionner le lien existant entre addiction et psychosomatique sur lequel nous reviendrons.

3. L'ADDICTION : ENTRE CONCEPTIONS PSYCHOSOMATIQUES ET TENTATIVE DE FIGURATION

Dans ce chapitre seront abordées plus spécifiquement les relations entre addiction et conceptions psychosomatiques. Nous proposerons ensuite d'élargir notre compréhension des phénomènes addictifs à de nouvelles théorisations soulignant la tentative de figuration que représente la conduite addictive. Mais avant de développer plus avant notre propos, il nous paraît important de revenir sur la solution économique particulière que soutient l'acte addictif.

3.1.1. L'« économie psychique » de l'addiction

Le sujet, nous l'avons dit, du fait des défaillances du pare-excitation et de la rêverie maternels (Bion, 1962), a fait précocement l'expérience d'émotions intenses qui ont menacé son sentiment d'intégrité et d'identité qui, de ce fait, ne peut pas reconnaître ni identifier ses expériences émotionnelles. Toute tension psychique est en alors transformée en besoin somatique (Pirlot, 2002). Les conduites addictives représentent une fuite hors de la situation anxigène par une répudiation (plus qu'un déni) des représentations troublantes et par une évacuation des affects associés. Le comportement de dépendance est alors régi par des conflits internes qui faute de pouvoir être élaborés mentalement se trouvent évacués par le recours à l'acte. Plus précisément, les actes addictifs, comme recours à l'agir immédiat et répétitif et/ou comme recours au sensoriel (Jeammet, 1991, 1997, 2005), permettent de libérer la surcharge économique, provoquant, dans le même mouvement, un « court-circuit » (McDougall, 2004) de la pensée qui renforce, dans un cercle vicieux auto-entretenu, l'échec des processus mentaux. L'action alors ainsi utilisée comme défense contre la douleur mentale, « tentative d'auto-guérison face à la menace de stress psychique » (Ibid. : 526). Le produit, en colmatant les défaillances de la psyché, permet l'instauration d'une *économie addictive* (Ibid.).

Précisons que cette économie addictive existe chez tout un chacun. Elle « ne devient problème que dans le cas où elle est quasiment la seule solution dont le sujet dispose pour supporter la douleur psychique » (Ibid. : 512).

3.1.2. L'addiction : une solution économique psychosomatique

Les concepts utilisés pour tenter d'expliquer la problématique addictive (« économie addictive », « désaffectation », « resomatisation », « court-circuit » de la pensée, « pensée opératoire ») mettent au premier plan l'objectif d'évitement de la pensée et la décharge par l'action. Cela nous amène à penser les addictions en termes psychosomatiques (Pirlot, 2002)

selon les conceptualisations de Marty et ses collaborateurs : « l'addiction est davantage une solution psychosomatique qu'une solution psychologique à la souffrance psychique » (McDougall, 2004 : 514). En effet, la fluidité psychique et le préconscient s'avèrent peu opérants chez les sujets. Le recours à l'action ou à l'impulsivité domine dans un évitement des conflits. Les émotions sont déficitaires ou en excès, et peinent à pouvoir être mentalisées. Elles sont souvent confondues avec les sensations. Le recours aux conduites addictives est ainsi compris comme le résultat d'un défaut de capacité de mentalisation, entraînant un fonctionnement psychique en termes de « vie opératoire », sans lien avec une activité fantasmatique ou de symbolisation. Pédinielli et al. (1997) soulignent un échec des fonctions de métaphorisation et de représentation. Gutton (1984) met alors en rapport la vacuité interne, liée à l'absence d'objet externe dont l'importance est déterminée par les carences d'objets internes, et la consommation répétée d'un objet qui permet, paradoxalement, la reprise d'une activité représentative et fantasmatique, accompagnée de honte (Idéal du Moi) plus que de culpabilité (Surmoi).

3.1.3. L'acte addictif comme tentative de figuration et de symbolisation

Bien que nous partagions ces conceptions psychosomatiques de l'addiction, d'autres conceptualisations nous semblent intéressantes dans la compréhension de la dépendance et du recours à l'agir addictif. Durastante (2011) conçoit l'addiction comme une tentative de donner une forme et un sens à une excitation traumatique transmise par d'autres, dans le cadre d'une compréhension transgénérationnelle des addictions. L'addiction est ainsi pensée comme une tentative de figuration de et en présence de l'autre, en tant qu'elle donnerait lieu à l'élaboration d'images mentales à partir d'éprouvés corporels jouissance/mort liés au comportement d'addiction, sous la forme de pictogramme (Aulagnier, 1975). Le pictogramme correspond à un premier lien psychique entre éprouvé corporel (qui domine chez le sujet toxicomane) et image mentale sur la base des traces mnésiques des premières interactions mère-enfant.

Durastante (2011) articule cette conception de l'addiction en tant que tentative de figuration avec la relation d'objet mélancolique. L'agir addictif serait ainsi « une manière de projeter l'objet interne mélancolique sur l'extérieur afin de tenter de le traiter, par un commerce que le moi établit avec lui. A partir des éprouvés et des sensations jouissance/mort, le sujet [...] pourrait avoir la possibilité de se réapproprier subjectivement cette expérience afin de l'introjecter » (Durastante, 2011 : 208). L'agir addictif permettrait de réactiver des « zones muettes » du corps, non investies libidinalement par la mère qui constituent alors des marquages corporels non reliés par des représentations (Mijolla et Shentoub, 1973, cités dans Durastante,

2011). Ainsi, si le corps prend le relais de quelque chose qui ne peut être élaboré psychiquement et qui est effractant, les agirs addictifs permettent d'accéder à la figuration dans leur dimension de recherche traumatophilique. « Il s'agirait alors d'un processus qui va vers la vie » (Durastante, 2011 : 215) tout en mettant en jeu paradoxalement la mort. Ainsi, l'addiction permettrait l'évitement de la destruction de l'objet maternel et/ou de soi-même par retournement de la violence fondamentale qui a trait à la survie selon Bergeret (2010), mais elle pourrait également être envisagée comme une possibilité de mise en route du travail de figuration par les sensations extrêmes que le recours au toxique procure.

Des auteurs comme Chouvier et Roussillon (2008) se sont également intéressés à la question du sens de l'acte ou de la somatisation. Le recours à l'acte et les symptômes psychosomatiques ne relèveraient pas seulement, selon eux, d'une carence de mentalisation, d'un « court-circuit » ou d'un évitement de la pensée, mais posséderaient un sens virtuel qui ne demanderait qu'à être révélé. L'acte est porteur d'un message potentiel, « proto-narratif » qui implique une ouverture possible au travail de symbolisation de l'expérience subjective (Golse & Roussillon, 2010). Le passage à l'acte, en tant que décharge pulsionnelle massive et directe, ouvrirait ainsi sur une élaboration possible par le retour, la mise en sens d'un tiers. Les détours par l'acte et le corps seraient porteurs d'une signifiante à condition de laisser place à une ouverture relationnelle opportunément saisie (Chouvier, 2008). L'acte moteur aurait ainsi fonction de « représentance ».

Roussillon (2008) reconnaît par ailleurs à la pulsion une valeur « messagère » qui implique qu'elle n'est pas seulement décharge ou emprise. Il s'appuie sur les théories freudiennes rendant compte d'un « langage de l'acte » et d'un « langage corporel » dans la psychose (Freud, 1913). Ce qui a été vécu à une période pré-linguistique ferait retour sous forme non verbale, aussi archaïque que l'expérience elle-même. Roussillon (2008 : 27) formule alors l'hypothèse qu'« à travers les actes les plus tardifs, [...] ceux qui accompagnent les tableaux cliniques des problématiques narcissiques-identitaires, des expériences archaïques d'une époque précédant la maîtrise du langage verbal tentent de s'exprimer et cherchent à se communiquer, se faire reconnaître et partager ». Cela découlerait d'expériences traumatiques précoces qui n'ont pas pu être suffisamment (re)saisies dans le langage et vont alors chercher et trouver des formes d'expressivité non verbales. Golse (Golse & Roussillon, 2010) formule trois hypothèses concernant la nature du langage de l'acte et du corps. Il pourrait ainsi s'agir d'un matériau qui n'a pas pu être traduit en langage verbal et reste donc dans l'ensemble de ce qui est couvert par l'amnésie infantile, probablement en attente de traduction. Il pourrait, au contraire, s'agir d'un matériel qui a pu avoir accès à la verbalisation mais qui a été

secondairement refoulé. Enfin, il pourrait s'agir, d'un matériel qui pourrait être verbalisé mais qui continue à « vouloir » s'exprimer sur le mode de la communication analogique, non pas comme défense, mais comme témoignage du mode d'inscription dans lequel il s'est constitué aux temps des expériences précoces. Le langage du corps et de l'acte reste néanmoins virtuel, potentiel, dépendant du sens que l'objet à qui il s'adresse lui confère. Tout passage à l'acte, tout agir témoignerait donc d'une tentative de « liaison signifiante » (Roussillon, 2008 : 36), de liaison par l'acte.

Nous comprenons alors l'addiction selon plusieurs axes de réflexion. Selon nous, il peut traduire un défaut de mentalisation, une carence de symbolisation induisant le recours à l'acte, à l'agir addictif dans un mouvement de « décharge » d'une excitation effractante car impossible à lier et à élaborer. Par ailleurs, le recours à l'agir addictif peut avoir pour vocation d'empêcher la symbolisation, de court-circuiter le psychisme, qui n'est dès lors pas la cause du recours à l'agir addictif mais comme conséquence, comme but recherché, dans un évitement de représentations et affects trop douloureux. Enfin, à partir des théorisations des trois auteurs précédents (Chouvier et Roussillon, 2008 ; Durastante, 2011) nous comprenons également l'addiction et le recours au toxique comme une tentative de figuration d'expériences archaïques chez certains sujets. A partir de notre clinique avec des patients toxicomanes, nous pensons que les sujets toxicomanes présentant une organisation limite se situeraient plus dans la première configuration et les sujets toxicomanes présentant une organisation plus névrotique se situeraient plus dans la seconde configuration. Nous n'avons cependant pas encore assez de recul pour étayer et approfondir notre dernière hypothèse.

4. AVENEMENT DE LA TOXICOMANIE A L'ADOLESCENCE

Toujours dans une visée de compréhension de la problématique addictive et après avoir exploré ses liens avec les temps archaïques du début de vie, il nous apparaît maintenant nécessaire de revenir sur les théories du processus adolescent. En effet, cette période réactualise, dans l'après-coup, les processus et conflits infantiles dans une tentative de les élaborer et de les dépasser. L'adolescence implique également l'exacerbation de l'activité pulsionnelle et possède un haut potentiel effractif. Autant d'éléments dont nous avons vu qu'ils sont mis à mal chez les sujets addicts.

Nous développerons, dans ce quatrième chapitre, la place du recours au toxique à l'adolescence comme tentative d'évitement à la fois de la relation, de la réalité interne et de la passivité inhérente au processus pubertaire. Nous concluons sur les perturbations du travail identificatoire sous-tendues par les conduites addictives.

4.1. Le recours au toxique comme évitement du conflit « narcissico-objectal » à l'adolescence

L'adolescence vient remettre en jeu les deux axes fondamentaux que sont l'axe narcissique et l'axe objectal à travers notamment la réactualisation du processus de séparation-individuation (Blos, 1967 ; Jeammet, 2005 ; Malher et al., 1980). Cette période représente une quête d'identité qui vient mettre en jeu la qualité des assises narcissiques dépendantes elles-mêmes de la qualité des interactions précoces, de ce que l'enfant a pu intégrer de l'amour des premiers objets, et de l'expérience des soins maternels dans la construction de ses autoérotismes. Solides, les assises narcissiques vont soutenir les investissements et leur permanence face aux incertitudes des changements adolescents, aux vécus effractifs et aux éprouvés de discontinuité. Le jeune doit paradoxalement s'appuyer sur ses objets de l'enfance pour s'en séparer, s'en détacher.

De fait, des assises narcissiques peu fiables, peu solides, en raison de troubles d'intériorisation de l'objet primaire, risquent de conduire au développement d'une sensibilité particulière à l'environnement au détriment de l'investissement d'un espace psychique. Le défaut d'intériorisation entraîne en effet un accrochage excessif aux parents et aux objets dans la réalité externe, avec un surinvestissement de la perception et de la sensation, tout à fait repérable dans les addictions. L'« appétence objectale » du sujet risque alors d'être vécue comme une menace, tant pour son narcissisme et son identité déjà affaiblis que pour son autonomie. En effet, les limites, les frontières n'apparaissent pas correctement constituées et

restent poreuses, fragiles. Le risque est alors celui d'un envahissement, d'un englobement, d'une fusion intrusive, aliénante et menaçante ou bien l'hémorragie narcissique et la destruction de l'objet par sa toute puissance. L'adolescent se retrouve devant le paradoxe de « ce dont j'ai le plus besoin c'est aussi ce qui me menace » (Jeammet, 2005 : 21). Le désir de l'objet est vécu comme une menace identitaire.

Le recours au toxique occupe alors une place de choix dans les solutions d'évitement du conflit « narcissico-objectal » (Jeammet, 2005). Le principe de la toxicomanie est d'annuler ce que le fonctionnement psychique doit à l'Autre. L'addiction représente une tentative d'éviter la reconnaissance du désir de l'Autre pour soi, dont dépend la constitution de l'investissement libidinal du corps et l'accès à la pensée. Avec le recours au produit, le sujet retrouve le sentiment (illusoire) d'une maîtrise sur l'objet dans une relation d'emprise où l'objet n'a pas d'altérité. La drogue vient alors se substituer aux relations objectales (desobjectalisation) dans un évitement à la fois des angoisses d'intrusion et d'abandon et un déni de la dépendance et de la perte. Néanmoins, si l'objet extérieur doit protéger le sujet de la séparation traumatique mais aussi des traumatismes (dés)organisateur dans le rapport à l'autre (Toubiana, 2011), l'objet-drogue n'est pas toujours présent dans la réalité ce qui fait revivre sans cesse au sujet la séparation traumatique et anxiogène dont le prototype est celle, non élaborée, d'avec la mère originaire.

Ainsi, par le biais du recours à l'objet-drogue, l'adolescent se crée une identité négative qui repose sur le refus des processus d'intériorisation. Il devient paradoxalement dépendant de ses conduites alors qu'il cherchait justement à fuir toute dépendance. L'objet-drogue devient garant de l'identité de l'individu, le destituant du même coup de sa position de sujet (Pédinielli & al., 1997).

McDougall (2004) et Touzanne (2009) estiment par ailleurs que le comportement addictif peut se mettre en place pour recréer l'illusion de la béatitude fusionnelle de l'enfance. Il y a recherche de complétude, de fusion primaire dans une négation de la perte, du manque, de la séparation et donc de la castration. Le recours au produit tente de réactualiser un sentiment d'omnipotence, c'est-à-dire une capacité à créer l'objet nécessaire à sa satisfaction. Il réactive un fonctionnement psychique sur le mode de la satisfaction hallucinatoire, indépendamment de la relation à l'objet de désir. Une dialectique de négation du manque est mise en place (Miel, 2002).

4.2. Le recours au toxique comme évitement d'une réalité interne trop excitante à l'adolescence

La puberté implique également la reprise de l'activité pulsionnelle et la réactivation des fantasmes infantiles associés. La possibilité d'agir sa sexualité de par la maturité sexuelle physiologique renforce considérablement la menace incestueuse et parricide. Les pulsions sont d'autant plus menaçantes que le sujet souffre de frontières poreuses que ce soit entre monde interne et monde externe ou entre instances psychiques. Chabert (2003, 2012a, 2012b) met également en évidence un défaut de refoulement des fantasmes incestueux et parricides chez ces sujets. L'angoisse est ainsi majorée, d'autant que l'intériorisation des interdits est également mise à mal.

La réalité interne trop excitante doit être neutralisée pour réduire l'excitation associée aux affects et représentations. Cela peut engendrer un « vide psychique » des adolescents qui ne serait pas constitutif mais correspondrait à un « vidage » fantasmatique des représentations parentales trop prégnantes, trop envahissantes et trop excitantes (Chabert, 2002 : 389) ou bien la mise en place de conduites autopunitives. Ces conduites autopunitives visent et atteignent également les parents et notamment la mère, du fait de la prévalence des identifications narcissiques. L'adolescent conserve l'idéalisation et l'amour narcissiques pour les imagos parentales tout en s'offrant comme cible d'un Surmoi tyrannique puisque insuffisamment lié à ses composantes libidinales. « Le comportement pathologique apparaît comme une tentative précaire d'aménagement de la distance à l'objet. L'impossibilité d'élaborer psychiquement la séparation engage, compte tenu des conflits de dépendance réactualisés dans l'après-coup de l'adolescence, un retournement contre le Moi des attaques impossibles à adresser aux objets d'amour, narcissiquement investis » (Vibert & Chabert, 2009 : 367-368).

L'impossible intégration de l'agressivité implique également l'impossible liaison aux composantes libidinales et donc l'impossibilité de l'ambivalence. La menace incestueuse et parricide, ainsi que les défauts d'intériorisation d'un bon objet, renforcent le contre-investissement de la réalité externe, ce qui ne fait qu'accroître le sentiment de dépendance. L'adolescent risque alors de s'enfermer dans une escalade d'auto-sabotages ayant pour fonction de lutter contre cet éprouvé de dépendance mais qui ont des effets dénarcissisants.

4.3. Le recours au toxique comme évitement de la passivité-passivation à l'adolescence

Le débordement des excitations pulsionnelles et les changements corporels possèdent ainsi une haute valence effractive et soumettent le jeune à un sentiment de passivité qui a amené les auteurs à parler de traumatisme pubertaire. La métamorphose de Kafka en est un exemple pertinent. Chabert (2002) insiste sur le fait que l'adolescence est un temps d'acceptation nécessaire de cette passivité (au niveau des changements physiologiques et du déferlement pulsionnel) qui peut menacer l'adolescent narcissiquement fragile du fait d'identifications régressives intolérables. Le manque de contenance psychique, conduit la psyché, pour traiter cette excitation, à chercher des voies de décharge dans l'agir. Les attitudes de défi et les attaques des adolescents contre leurs parents relèveraient de « contre-investissement d'une passivité éprouvée comme une dépendance aliénante aux figures parentales sans aucun doute déterminée par la surenchère de l'excitation que leur présence déclenche - une actualisation aiguë, menaçante, dangereuse, des fantasmes de séduction » (Chabert, 2002 : 384).

4.4. Le recours au toxique comme blocage du processus identificatoire à l'adolescence

Enfin, la puberté a une fonction organisatrice au travers de la remise en jeu des identifications précoces questionnant ainsi la solidité des acquis antérieurs. Le remaniement des identifications implique un désinvestissement progressif des parents œdipiens, figures idéalisées de l'enfance, pour s'ouvrir vers l'extérieur et notamment les pairs et les relations avec d'autres adultes plus distancées. Ces rencontres identificatoires étayent la constitution de nouveaux idéaux (Kestemberg, 1962). La prévalence chez les patients toxicomanes de l'existence d'un « écart narcissico-objectal » (Jeammet, 2003, 2005) sous-tendu par une problématique de dépendance du Moi à l'objet et un choix d'objet narcissique, entraîne un blocage du travail identificatoire par rejet de l'objet menaçant (Vibert et Chabert, 2009). Les difficultés identificatoires entraînent également une sorte de compulsion de répétition de situations relationnelles qui se reproduisent sans fin faute d'identifications nouvelles par échecs des identifications primitives.

Rosenblum (2009a & b) et Thomas (2013) insistent justement sur les troubles de l'identification psychosexuelle et de l'investissement du corps féminin et ainsi les difficultés d'identité repérées chez la plupart des femmes toxicomanes. Cela se traduirait notamment à travers l'aspect androgyne, les conduites anorexiques, la dégradation physique et les attaques contre le corps (injections, infections...) très souvent mises en évidence dans la littérature chez cette population.

L'expérience de la consommation de toxiques, drogue douce ou drogue dure, reste fréquente à l'adolescence et n'évolue pas forcément vers la toxicomanie. L'adolescence se caractérise justement par la réversibilité des engagements et des processus psychopathologiques. Néanmoins, dans l'après-coup des traumatismes précoces, les processus adolescents et la crise pubertaire semblent constituer un terrain particulièrement favorable au développement des problématiques addictives chez des sujets déjà marqués par certaines fragilités.

5. TOXICOMANIE ET TRAUMATISME

Nous ne pouvons clore notre réflexion autour de la problématique additive sans aborder la notion de traumatisme. Celle-ci apparaît en effet particulièrement importante lorsqu'il s'agit de tenter de comprendre l'addiction. Nous avons vu tout au long de notre présentation que le traumatisme apparaît en filigrane dans la quasi-totalité des réflexions théoriques et cliniques autour de l'addiction. Il est en effet toujours fait mention de traumatismes advenus dans les relations précoces et de leur réactualisation avec le traumatisme pubertaire. Il s'agit de traumatismes désorganisateur liés aux défaillances de l'environnement qui laissent l'enfant en proie à des excitations internes et externes effractantes car non-encore mentalisables et élaborables par lui du fait de son immaturité (Ferenczi, 1933). Le traumatisme se définit alors en termes économiques d'effraction du pare-excitation (Freud, 1920). Le traumatisme entraîne un effet de déliaison et reste actif comme un événement présent, actuel, sans être pensé ni intégré, ni même rattaché aux représentations. La pulsion est effractive et désorganisatrice pour la psyché en ce qu'elle court-circuite les mécanismes de défense (refoulement) du sujet qui n'a pas pu, du fait des carences précoces, se constituer des représentations de choses liantes qui lui permettraient d'introjecter et de représenter la pulsion. Ainsi, dominant les mécanismes primaires de défense (Bokanowski, 2010 : 22).

Les traumatismes désorganisateur peuvent être définis en termes d'excès de « pas assez », à travers la pathologie de l'absence : carences précoces, perte, défaut d'investissement, défaut d'accordage de la mère, défaut d'empathie aux états psychiques de l'enfant ou encore défaut d'excitation externe. Ils peuvent cependant se définir également par l'excès du « trop », lorsque l'excitation est excessive et débordante, lors du non-respect des rythmes de l'enfant, lors d'empiétements du parent sur le développement de l'enfant ou lors de situations qui viennent entraver ou pervertir la construction et l'instauration du lien (Bokanowski, 2010 ; Roussillon, 2002).

5.1.1. Visées protectrices et/ou réorganisatrices des addictions face au traumatisme

Sinanian et al. (2014) font cependant l'hypothèse que le recours à un toxique répond à un double mouvement visant à réduire la détresse psychique par la suppression, l'éjection des affects et des représentations, ce qui correspond au versant négatif du traumatisme impliquant déliaison et clivage bien que dans une visée protectrice de la psyché face aux affects traumatiques. L'on retrouve ainsi le concept d' « économie addictive » de McDougall (2004) et les effets négatifs du trauma conceptualisés par Freud en 1920 (empêchement de toute inscription de l'événement sous forme d'évitement). Le recours compulsif au produit

constituerait néanmoins une tentative d'assurer une liaison des excitations vécues en excès, ouvrant sur le versant positif du traumatisme (Freud, 1920). Le comportement addictif viendrait ainsi répéter, autant au niveau du corps qu'au niveau psychique, une expérience traumatique où le sujet occupe cette fois une place active et non plus passive, dans une tentative d'appropriation et d'intégration du vécu traumatique. Nous pouvons faire le lien avec les conceptions de Durastante (2011), Chouvier et Roussillon (2008). Il y a à la fois déliaison et liaison des excitations. Le traumatisme n'est cependant pas revécu sur la scène psychique mais dans le corporel, il ne pourra donc toujours pas être intégré ni élaboré. Selon les auteurs et Duparc (2001, cité dans Sinanian & al., 2014), la tendance « positive » de l'addiction résiderait dans la tentative de lier les excitations et le traumatisme par la fonction liante de la sexualité, grâce à une érotisation masochique de la douleur et de la répétition. Cela renvoie aux considérations de Freud (1920) dans « Au-delà du principe de plaisir » où il s'agirait de tenter de lier les excitations en excès.

Hachet (2005) ajoute, dans une autre vision, que la majeure partie des toxicomanes a subi une effraction corporelle et psychique où le corps était immobilisé, contraint, violenté et où il n'a donc pas pu répondre aux ordres « commandés » par les émotions ou les pensées. Il peut également s'agir d'expériences où le sujet a été gravement atteint (ou un membre de sa famille ou de son entourage) sur le plan somatique. L'intromission d'un corps étranger dans le corps aurait alors pour fonction de revivre le traumatisme sans avoir à le mentaliser. Le déplaisir et le déficit affectif étant compensés par le plaisir provoqué par le produit. Ressentir ou penser entraînerait une angoisse majeure, liée au fait que le sujet serait susceptible de devenir alors objet de désir d'autrui impliquant la possibilité de subir à nouveau une effraction traumatique. La prise de toxique permettrait de s'éprouver en tant qu'unité psychocorporelle en remplacement d'une authentique élaboration de l'expérience réelle.

Thomas (2013 : 64) conceptualise, quant à lui, la toxicomanie féminine comme « une solution auto-thérapeutique passionnelle suite à un traumatisme », insistant ainsi sur le lien passionnel qui unit la femme toxicomane à son toxique, passionnel au sens défini par Aulagnier en 1967 : quand l'objet devient indispensable, vital, et qu'il devient « ce qui ne peut manquer ». Selon Hassoun (1993, cité par Thomas, 2013), dans la passion, une partie de l'objet (primaire) aurait été hors du travail du deuil (perte de la mère, de l'objet primaire) à la suite d'un défaut de reconnaissance radical. Cela renvoie au fait que l'objet n'a pu être trouvé, n'a pas été présent d'emblée et n'a pu « reconnaître » une existence à l'enfant, ce qui empêche inévitablement sa perte. « Le passionné va suppléer à ce défaut de travail du deuil par la représentation d'une « fiction d'enfant » (Hassoun, 1993) par l'idéalisation de l'objet de la passion. La passion a

donc fonction de suppléance », (Thomas, 2013 : 66). La femme toxicomane souffrirait ainsi d'un défaut de reconnaissance radical et d'un défaut de travail du deuil portant sur l'objet et dont l'incarnation est la mère précœdipienne (Thomas, 2006). Ces défauts se compenseraient par l'objet addictif. Thomas (2013) insiste par ailleurs sur la prévalence de traumatismes sexuels chez les femmes toxicomanes.

B. LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME TOXICOMANE : UNE PERIODE PROPICE AUX CHANGEMENTS ?

Après une première partie consacrée à la compréhension de la problématique addictive, cette seconde partie se centre sur une compréhension psychodynamique de la grossesse. Nous développerons ainsi les différentes étapes qui la constituent, de la fusion à la différenciation, en passant par les relations de la femme enceinte à sa mère et l'émergence des représentations maternelles, jusqu'à l'accouchement. Il s'agira, à chaque chapitre, de tenter de lier les théorisations relatives à la toxicomanie féminine que nous venons de développer, à celles de la grossesse en nous situant sur un continuum allant du normal au pathologique. Nous tenterons ainsi de mettre en lumière les remaniements et processus psychiques en jeu chez les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives. Nous nous appuyons notamment sur notre précédente recherche qui portait sur cette question (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b).

1. LA GROSSESSE COMME PHASE EVOLUTIVE ET INTEGRATIVE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF DE LA FEMME

Pour Benedek (1959) comme pour Racamier (1979), la maternité représente une phase du développement psychoaffectif de la femme. Racamier (1979) développe d'ailleurs le concept de « maternité » qui correspond à « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité » (1999). Ce processus implique un pouvoir ré-intégrateur par rapport aux assises pulsionnelles et conflictuelles de la personnalité de la femme. C'est en cela que Bibring (1959, 1961) le qualifie d'étape intégrative de la vie d'une femme et de crise de maturation (Erikson, 1972, 1974, 1980 ; Bydlowski, 1997), comparable à celle de l'adolescence. La femme enceinte va en effet revivre les conflits infantiles des phases précédentes de son développement et principalement ses premières relations et identifications à sa mère. La grossesse va réactualiser et permettre d'élaborer le processus de séparation-individuation ainsi que la différenciation des limites propres par rapport à la mère (Pines, 1982).

2. DE LA FUSION A L'IDENTIFICATION AU FOETUS

On observe dans un premier temps, une confusion moi-autrui qui témoigne de l'implantation biopsychologique d'autrui dans le corps et la psyché de la femme. Cette confusion est indispensable pour rendre tolérable l'intrusion de l'être conçu et implique une relation d'objet narcissique puisque l'autre est considéré comme une partie de soi. Cela entraîne une régression au narcissisme primaire grâce à la relation fusionnelle et, en conséquence, la résurgence de remémorations infantiles en lien avec sa propre mère qui favorisent une identification à l'enfant, par le biais de l'enfant qu'elle a été. Un processus d'identification avec l'enfant pendant la grossesse est à l'origine et constitue la base de l'attachement mère-enfant en période post-natale (Ballou, 1978 cité dans Lortie et Molénat 1989). Ce processus d'identification serait d'ailleurs tributaire de la capacité de la femme à résoudre sa problématique de dépendance à sa propre mère pour accepter la dépendance de l'enfant à venir.

3. IDENTIFICATION ET DIFFERENCIATION AVEC LA MERE : REGRESSION ET REVIVISCENCE DE CONFLITS INFANTILES

Parallèlement à cette fusion avec le fœtus (régression par identification), la future mère va s'identifier à sa propre mère attentive, prenant soin de l'enfant (Ammaniti & al., 1999 ; Deutsch, 1949). L'importance est donnée à une identification avec « une bonne image maternelle » dans la mesure où elle va pouvoir s'y référer dans son expérience actuelle sans débordements des éléments conflictuels (Ammaniti & al., 1999). La grossesse serait également une réactualisation inversée de l'état de plénitude antérieure où la femme devient pour l'enfant ce que sa mère était pour elle (Delassus, 2008).

La régression pendant la grossesse va alors réactiver des conflits infantiles autour de la dépendance, de l'autonomie mais également de la rivalité par rapport à sa propre mère. Ces conflits doivent être élaborés et dépassés pour parvenir à une réorganisation du moi féminin en un moi maternel adulte (Abdel-Baki & Poulin, 2004a ; Bibring, 1959 ; Deutsch, 1949). La maternalité implique le passage du statut imaginaire et symbolique de fille à mère. Une passation de pouvoir, un accord de la mère envers sa fille doit avoir lieu pour que cette dernière puisse devenir mère sans culpabilité. Si cela est absent, la femme restera aliénée à une conflictualité avec la mère vécue comme persécutrice et admirée. Ainsi, « la façon d'être mère est la traduction de la négociation (...) de l'identification conflictuelle à sa propre mère » (Bergeret-Amselek, 1996/2005 : 64). En s'identifiant puis en se différenciant de sa propre mère et en imaginant la relation qui l'unira à l'enfant, elle va anticiper la façon dont elle sera mère (Bayle, 2005). La contenance ancienne est ré-introjectée (Darchis-Bayart, 2004) pour construire

un nouveau monde relationnel qui permet de se détacher de la dépendance à la mère mais également de celle à la famille. Tous les remaniements psychiques induits par la grossesse impliquent ainsi une réélaboration des relations objectales. C'est par ce processus que la femme acquiert le statut psychique de mère (Bayle, 2005). Une incapacité à régresser et à s'identifier/se différencier avec la mère peut être générateur d'une angoisse majeure (Pascal & al., 2011) et peut conduire à des troubles de l'accès au statut de mère.

Mais la régression massive et la résurgence d'états de dépendance peuvent aussi favoriser le retour de traumatismes, d'éléments non représentables et/ou du défaut de l'environnement primaire. Cela engendre différentes manifestations tels que des états non intégrés (sensations de dépersonnalisation), des somatisations, ou encore des changements d'humeur. L'on peut également repérer des défenses plus ou moins massives sous forme de l'arrêt du travail d'accouchement, le prolongement du terme visant à retarder le travail, un bébé en siège, une demande de césarienne et/ou d'anesthésie générale (lorsque la césarienne est programmée), des mises en acte menaçant la vie de la mère ou du bébé (fausse-couche, prématurité, ...) ou encore des passages à l'acte (interruptions volontaires de grossesse (IVG)).

L'on peut alors penser que la crise de maternalité vient mettre profondément à mal l'intégrité de l'identité de ces femmes (Bergeret-Amselek, 1996). Ces défenses peuvent également être la traduction d'une crise de maternalité « tuée dans l'œuf » (Bergeret-Amselek, 1996/2005 : 147). La crise n'est alors pas utilisée dans un processus de maturation. Il s'agit plutôt d'une mise en acte traduisant la reproduction en miroir de la relation à sa propre mère. Ainsi, les maux viennent remplacer les mots absents et impossibles pour exprimer la relation impossible avec l'enfant réel. (Bergeret-Amselek, 1996).

3.1. Une identification et une différenciation à la mère mises en défaut chez les femmes toxicomanes

A partir des résultats de notre précédente recherche (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016a & b) et de notre clinique auprès de femmes enceintes toxicomanes, nous avons pu en effet noter que les relations avec leur propre mère influencent de façon marquée leurs représentations en tant que future mère. Leur enfance et leur adolescence sont marquées par des séparations précoces, des violences physiques et morales, des défaillances parentales importantes ou bien par des relations paradoxales oscillant entre fusion mère-fille et rejet, abandon. Cela conduit à des représentations extrêmement négatives de leur mère dans un désir de différenciation massif. L'identification à une « bonne image maternelle » est mise en défaut. L'imago maternelle est décrite comme toute-puissante, dévorante, persécutrice. La relation

conflictuelle et carencielle avec la mère pourrait alors avoir des retombées négatives sur le rapport au fœtus et à l'enfant et sur l'établissement de relations suffisamment bonnes avec lui. L'identification positive à la mère étant absente, cela peut entraîner une inadéquation et une incapacité à prendre soin de l'enfant ainsi que l'absence d'émotions positives relatives à son futur rôle de mère. Il y a risque de ne pouvoir investir la fonction maternelle (Pascal & al., 2011). La grossesse est alors source de craintes dues à la précarité et à l'instabilité des rapports affectifs.

La différenciation peut également être impossible avec le maintien d'une idéalisation massive et d'un « collage » à la mère. Cela risque également de conduire à des troubles dans l'accès au statut psychique de mère du fait du maintien de la dépendance à la figure maternelle toute-puissante.

Le maintien des défaillances de la figure maternelle et/ou d'une relation fusionnelle mère-fille empêchant toute possibilité d'identification bien tempérée, certaines de nos patientes, se tournent vers une figure maternelle plus solide (grand-mère, mère adoptive). L'on note cependant, tout comme Rouveau (2013), que la relation à la mère peut apparaître teintée d'un désir de renouer les liens et d'occuper une place dans la génération plutôt que de se distancer. Nous avons en effet repéré des mouvements opposés à la dévalorisation de la figure maternelle chez certaines patientes, avec une tentative de mise à distance des ressentis négatifs, peut-être justement dans une tentative de se représenter une image maternelle « suffisamment bonne » afin de pouvoir s'y identifier (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016a & b). Rouveau (2013) ajoute que le désir d'un rapproché avec l'image maternelle est plus présent au niveau psychique, mais qu'il n'est pas toujours possible dans la réalité.

4. DIFFERENCIATION ET RECONNAISSANCE DE L'ALTERITE DU FUTUR ENFANT : EMERGENCE DES REPRESENTATIONS MATERNELLES

L'instauration de l'autre en soi comme Objet-Sujet différencié se fait ensuite progressivement par l'intermédiaire des mouvements fœtaux qui viennent rompre l'expérience de fusion avec le fœtus et participent ainsi à la prise de conscience de l'existence d'un autre en soi, d'un petit être qui grandit à l'intérieur de soi. La grossesse et la présence de cet autre en soi deviennent « concrètes » pour la future mère. Les échographies participent également à cette prise de conscience. L'échographie aurait un rôle fondamental dans le processus de parentalisation dans la mesure où elle constitue une première rencontre des parents avec « la réalité du fœtus et avec une image du futur bébé » (Viaux-Savelon & al. : 201). La future mère doit différencier et identifier le fœtus en elle, c'est-à-dire lui reconnaître une altérité et une autonomie (Bayle, 2005). Cela constitue la seconde phase de la grossesse (Ammaniti & al., 1999 ; Bayle, 2005 ; Bibring, 1959 ; Pines, 1972, 1982 ; Raphael-Leff, 1980). Parallèlement, s'instaure une modification du monde représentationnel de la future mère favorisée par la « transparence psychique » Bydlowski (1997), ouvrant sur des représentations différenciées de soi en tant que mère et de l'enfant. L'ensemble de ces processus va permettre la construction d'un espace mental psychique maternel de contenance et d'interaction avec l'autre en soi reconnu comme différent indispensable à l'établissement de relations post-natales (Missonnier, 2004 ; Bayle, 2005).

4.1. Les représentations maternelles à l'égard du bébé

Les représentations maternelles pendant la grossesse correspondent à un ensemble de significations, d'affects, d'expériences et d'anticipations de la femme (Bayle, 2005), et sont construites sur la base de règles dérivées des expériences relationnelles avec ses propres parents. Elles ont ainsi trait à des fantasmes incestueux, à une régression orale, à des deuils anciens faisant l'objet d'une actualisation accélérée, à un passé refaisant surface sous forme d'affects purs comme la tristesse immotivée (Bydlowski, 1997). Elles vont fournir des informations concernant la construction intrapsychique de l'image de l'enfant, de l'image d'elle-même comme mère, des relations s'établissant entre eux. Elles ont une valeur organisatrice des relations futures et permettent de prédire les comportements interactifs mère-bébé et la qualité de l'attachement à la naissance. Lebovici (1983) va alors introduire la notion d' « enfant imaginaire » et caractériser quatre bébés imaginés qui vont coexister et organiser les représentations maternelles : l'enfant imaginaire, fruit du désir de grossesse et assigné du mandat transgénérationnel ; l'enfant fantasmatique, fruit du désir d'enfant et des conflits

infantiles œdipiens et préœdipiens refoulés de la mère (et du père) ; l'enfant narcissique ; et enfin, l'enfant de la réalité qui interagit concrètement, selon ses compétences propres, avec la fantasmagorie maternelle. Ces quatre bébés imaginés se superposent pour former un seul être qui s'affirme dans le psychisme maternel permettant ainsi la création d'un espace mental spécifique pour le futur enfant à naître. Cela rappelle l'espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec le fœtus, développé par Missonnier (2004) ou Bayle (2005).

Lorsque le fœtus devient pour la future mère un être différencié, il apparaît alors aussi comme l'enfant de son partenaire. Une part de l'amour et/ou de la haine liée à ce dernier va ainsi être projetée sur l'enfant (Deutsch, 1949). L'enfant sera par ailleurs construit dans l'inconscient de la future mère comme celui de son père

Le bébé est également le produit d'une double approche, celle des fantasmes personnels des membres de la famille et celles des allégories intergénérationnelles (Lebovici & Stoléru, 1983). On parle de transmission transgénérationnelle des représentations. Les représentations des parents (et surtout de la mère) à l'égard de leur futur enfant vont lui être transmises. Le retour du matériel infantile mais aussi générationnel pendant la grossesse, peut être marqué par des traumatismes non dépassés. Dans ce cas, le matériel traumatique non élaboré (par la mère ou par les générations précédentes s'il s'agit de filiation traumatique) risque d'émerger sous formes d'images angoissantes et effrayantes projetées sur le bébé (Darchis-Bayart, 2004) ou sous forme de répétition dans les relations précoces mère-enfants.

4.2. La représentation du bébé comme « réparateur » chez les femmes toxicomanes

Notre étude (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016a & b) a mis en évidence, malgré une pauvreté des représentations, le fait que la perception des mouvements fœtaux au quatrième ou cinquième mois de grossesse, ainsi que les échographies, ont largement contribué à l'élaboration d'un bébé reconnu comme un être d'altérité chez les femmes toxicomanes. Les mouvements fœtaux signent la fin de la fusion (Bayle, 2005) et permettent, aux femmes enceintes, qu'elles soient toxicomanes ou non, une figuration du bébé (Cohen-Salmon, 2011). La reconnaissance des mouvements fœtaux marque également la mise en jeu des sensations corporelles dans le travail de symbolisation puisqu'elle participe à la création de représentations du bébé (Rosenblum, 2009a).

En revanche et contrairement aux observations de Soulé (1982) concernant les femmes non toxicomanes, les mouvements fœtaux ne permettent pas la disparition de l'enfant imaginaire au profit de l'enfant « réel » pour ces futures mères. Ils semblent, au contraire, être

la base de représentations d'un « bébé narcissique ». On retrouve en effet chez nos sujets un bébé très idéalisé, représentant tour à tour une possibilité de repartir de zéro, une tentative de réparation narcissique, un protecteur ou un soutien (Nezelof et Dodane, 2010 ; Lacrouts-Négrier & al., 2001 ; Simmat-Durand, 2002).

Le risque est la non différenciation du bébé qui ne sera pas reconnu comme un être d'altérité, avec ses besoins et désirs propres, mais investi narcissiquement par la mère. Ce mouvement est particulièrement à l'œuvre chez des femmes chez lesquelles l'on constate un arrêt total de toutes les consommations pendant la grossesse (TSO, cannabis et tabac) associé à une crainte de dépendance à l'enfant à naître. Celui-ci, resté indifférencié, est représenté uniquement comme protecteur contre une éventuelle reprise des consommations. Il est, à ce titre un véritable « pare-drogue » (Franchitto et al., 2010) voire un objet-drogue de remplacement (Groupe Pompidou, 2001).

Malgré l'investissement essentiellement narcissique du bébé, nous avons repéré chez la majorité de nos patientes des représentations concernant le caractère et le physique de ce dernier. Elles parlent à leur futur enfant, le nomment et ont déjà choisi le prénom. Ces relations avec l'enfant à venir marquent un investissement de celui-ci sur un mode différencié et montrent que pour elles aussi, les représentations issues des mouvements fœtaux permettent d'établir une relation anténatale à l'enfant (Ammaniti & al., 1999 ; Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b). Les propos « crus » de la future mère seraient également un indice d'un début de mentalisation et de perception des affects et des pensées et ainsi d'une reconnaissance de l'altérité de l'enfant à venir (Lacrouts-Négrier & al., 2001).

Il semble donc que la présence, nécessaire à l'établissement des relations postnatales, d'un espace psychique maternel d'interaction et de contenance avec un bébé investi et reconnu comme un être d'altérité soit bien présente chez les femmes toxicomanes (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b). Il faut néanmoins nuancer ce propos car si la présence du double mouvement conflictuel – maintien d'un objet narcissique versus autrui reconnu dans son altérité – signale bien la réactualisation des processus de séparation-individuation, du conflit narcissico-objectal et des modalités de relation d'objet, rien ne dit que cette tentative de les dépasser et de les résoudre (Franchitto & al, 2010) aboutisse.

L'enfant pourrait néanmoins venir remettre en cause le statut de toxicomane dépendant en questionnant la femme sur son mode de relation à l'objet (Franchitto & al., 2010). Toute grossesse chez une femme toxicomane serait alors le signe d'une tentative de résolution des conflits internes à l'origine de la toxicomanie (Ebert, 1998). La grossesse représenterait, pour la majorité des femmes, un moteur puissant de changement. L'existence d'un désir d'enfant ou

une « grossesse-accident » pourrait d'ailleurs signifier qu'elles tentent de trouver à l'extérieur le levier qu'elles ne trouvent pas en leur for intérieur pour arrêter ses consommations. (Rosenblum, 2009a & b). La grossesse semble ainsi impliquer une dynamique mutative. Reste que ces observations sont principalement centrées sur les femmes enceintes qui utilisent un traitement de substitution. Celles-ci ayant décidé, en raison de leur grossesse, de rentrer dans un protocole de soin.

4.3.La confrontation à la passivité-passivation menaçante pour les femmes toxicomanes

La grossesse en tant que dynamique mutative n'était cependant pas repérée chez tous nos sujets (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b). En effet, certaines femmes présentaient soit un refus total des changements somatopsychiques inhérents à la grossesse, soit une reconnaissance de ce changement mais vécus comme « bizarres » et de façon négative. L'enfant ne fait, dans ce cas, l'objet d'aucune représentation malgré une prise de conscience de son existence en elles. Elles ne l'imaginent que comme un double d'elles-mêmes, un collage narcissique qui souligne l'absence d'élaboration du processus de séparation-individuation et de changements concomitants des modalités de relations objectales.

A partir des théorisations de Cohen-Salmon et al. (2011), nous avons fait l'hypothèse que les remaniements psychiques inhérents à la grossesse et tout ce qu'ils impliquent pouvaient être vécus sur le registre de la passivation et donc trop effractants pour ces femmes. Le concept de passivation a été élaboré par André Green en lien avec le concept de Hilflosigkeit [helplessness] (Freud, 1926). Il s'agit d'une « détresse psychique (qui) plonge le sujet dans un état d'impuissance sans recours » (Green, 1999 : 1588). Le nourrisson subit une double passivité, celle liée aux soins maternels et celle liée à ses propres pulsions. Dans la lignée des travaux de Bion et Winnicott, l'auteur indique que la mère doit aider l'enfant à élaborer ces vécus de passivité primaire. L'échec de ce travail de transformation maintient le sujet dans des vécus primaires traumatiques que l'auteur nomme passivation. Ainsi, les remaniements psychiques induits par la grossesse peuvent permettre au sujet d'accéder à une « passivité bien tempérée » (Proia-Lelouey-Lelouey & Schvan, 2011) et ouvrir à la symbolisation, ou bien rester en souffrance et entraver tout le travail de représentation (Green, 1999). Chez nos patientes (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b), les remaniements psychiques de la grossesse entraîneraient une réactivation pulsionnelle induite par la centration vers l'intériorité, menaçant alors la femme d'un sentiment de perte d'identité et de continuité d'existence (Cohen-Salmon & al., 2011). Le processus de temporalité induit par la grossesse se trouve alors compromis

avec ce qu'il implique de travail d'élaboration de la perte mais aussi de reconnaissance de l'enfant comme individualité propre. La lutte contre les changements somatopsychiques rend compte également d'une angoisse de perdre le contact avec la réalité étroitement liée au vécu de passivation. Le refus massif des changements inhérents à la grossesse implique au final, pour ces femmes, un refus de la dynamique mutative proposée par la grossesse (Rosenblum, 2009a). La reprise des consommations (de façon occasionnelle), en plus du traitement de substitution aux opiacés, pendant la grossesse, peut alors être vue comme un moyen de mettre à distance et de gérer les ressentis négatifs et effractants liés à la présence de l'autre en soi.

La difficulté à accepter les changements inhérents à la grossesse, beaucoup moins massive, chez les autres femmes de notre première recherche (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b), laisse penser que les enjeux de passivité sont, pour ces dernières, moins traumatiques. Ces enjeux autour de la passivité et de l'ambivalence se retrouvent également chez des femmes enceintes non toxicomanes dans notre clinique en maternité.

Le temps entier de la grossesse permettrait finalement de vérifier les limites et le positionnement de l'objet par rapport à soi. Il correspondrait aussi à une période « d'ensommeillement » (Cohen-Salmon & al., 2011 : 455), de préparation (et ainsi de non perception), nécessaire pour permettre l'intégration des transformations, qui perdraient alors leur potentiel effractant et ne viendraient ainsi pas mettre à mal le sentiment de continuité d'existence. La préparation concerne bien sûr également la perte (accouchement) (Cohen-Salmon & al., 2011). Néanmoins, si la femme ne peut sortir de l'« expérience totale de la drogue », elle va « abandonner » la grossesse et le fœtus (Toubiana, 2011).

Cela sous-entendrait que la grossesse pourrait être un prolongement de l'addiction et donc que l'enfant serait un suppléant à l'objet-droque. « Le « blanc d'enfant » (Soulé, 1982) ne fait plus de l'addiction le seul support de l'hallucination négative (Green, 1977). » (cités dans Cohen-Salmon & al., 2011 : 466). Les possibilités de changement reposeraient alors en partie sur la possibilité du sujet d'investir cet espace-temps de la grossesse (Rouveau, 2013). La capacité d'investir cette grossesse influencerait la capacité à investir l'enfant dans une relative altérité ainsi que la capacité à accéder à une dimension symbolique, objectale et sexuée de l'objet toxique (Rouveau, 2013).

Nous adhérons donc à l'idée que la grossesse est susceptible de modifier la dépendance, de mobiliser l'investissement libidinal et objectal au détriment de la centration addictive (Cohen-Salmon et al., 2011).

4.4. Angoisses de mort et de malformations

Les mouvements fœtaux, comme chez les autres femmes, rassuraient nos sujets sur la santé de leur bébé (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b). Nous avons malgré tout constaté des angoisses massives de mort et de malformations du fœtus.angoisses que l'on peut retrouver chez toutes les femmes enceintes (comme nous avons pu le constater dans notre clinique en maternité) mais qui sont majorées chez les femmes toxicomanes (Molénat, 2000). Ces angoisses signalent, pour toutes les femmes, les mouvements d'ambivalence et notamment les vœux de mort à l'égard des êtres chers. Elles s'articulent avec la sensation « d'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919a ; Bydlowski, 2000) et pourraient représenter « un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à la maturation du processus de parentalité » (Missonnier, 1999 : 153). Ces angoisses signeraient alors la possibilité d'une « illusion anticipatrice » (Diatkine, 1985), prénatale, source organisatrice « d'identifications projectives empathiques » (Cramer & Palacio-Espasa, 1993 : 338). En effet, ces angoisses traduiraient la réédition de conflits de séparation tempérés et une contenance intergénérationnelle (contenance de la mère de la future mère) efficiente. L'ambivalence se manifeste sous la forme d'un conflit entre le souhait d'avoir un enfant sain et vivant et le désir insensé de le mettre à mal afin de faire disparaître l'enfant préœdipien et/ou œdipien qu'il incarne (Bydlowski, 1997). Mais au-delà de ces mouvements d'ambivalence, ces angoisses de mort et de malformation condensent, chez nos sujets, d'autres significations qui pourraient renvoyer à « la réactualisation de points de fixation traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence désorganisant nuisible à l'anticipation parentale adaptative » (Missonnier, 1999 : 154). Ces craintes de malformations, sans anomalie avérée, seraient la marque d'une détresse face à un processus de maternité aversif et catalyseur et/ou d'une anticipation créatrice protectrice face à une potentielle effraction traumatique.

Les angoisses de mort fœtale de nos sujets (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b) découlent de la représentation de ces femmes qui se vivent comme toxiques pour leur enfant et font aussi état d'une angoisse massive de séparation qui apparaît par exemple, sous forme de contre-investissement. Elles peuvent également traduire une formation réactionnelle de vœux de mort envers le fœtus vécu comme une menace pour leur intégrité et leur identité. Enfin, ces angoisses peuvent être attribuées à la connaissance des futures mères toxicomanes que l'héroïne et les opiacés ont de réels effets néfastes pour la santé de leur bébé. Ces angoisses sont par ailleurs toujours associées à une culpabilité massive (Guyon & al., 1998 ; Taylor, 1993) qui apparaît en creux dans le discours de ces femmes. On la repère tout particulièrement dans divers mécanismes de défense comme les projections sur autrui ou dans la réalité, ou encore le déni plus ou moins massif de leurs consommations et de leurs conséquences sur le fœtus. La

culpabilité se repère également dans les inquiétudes quant au risque de syndrome de sevrage du nouveau-né à la naissance dont nous reparlerons par la suite. Selon Rosenblum (2009a) la culpabilité liée aux conséquences des consommations chez les femmes enceintes toxicomanes, témoignerait d'une prise de conscience de la réalité.

4.5. La drogue toujours au premier plan : court-circuit des représentations maternelles

En accord avec Lacrouts-Négrier et al. (2001) ou encore Cassen et al. (2002), la connaissance de la grossesse par nos sujets (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b) a entraîné une modification du mode de vie avec notamment la mise en place du traitement de substitution aux opiacés et une rupture avec toutes les relations se rapportant aux consommations chez une majorité de nos sujets. La grossesse représenterait ainsi la butée qu'elles ne trouvaient pas en leur for intérieur pour se faire aider (Rosenblum, 2009a & b). Même pour les femmes qui n'étaient pas dans un désir d'arrêter les consommations, les mêmes pour qui les changements et remaniements inhérents à la grossesse étaient vécus comme menaçant, la grossesse et l'enfant ont permis l'investissement dans une prise en charge, la mise en place du traitement et un frein aux consommations malgré plusieurs « rechutes » pendant la grossesse. La grossesse a également entraîné une diminution importante, voire un arrêt pour certaines, du tabac et/ou du cannabis. Cette diminution de l'appétence addictive au cours de la grossesse peut être un indice du renflouage narcissique que permettrait la grossesse (Nezelof et Dodane, 2010) dans la mesure où le recours à l'incorporation d'un objet extérieur n'est plus nécessaire.

De manière étonnante, le traitement de substitution aux opiacés (TSO) faisait l'objet de représentations exclusivement négatives en lien avec les potentielles conséquences sur le bébé (syndrome de sevrage). Plusieurs femmes évoquaient également leurs difficultés à gérer TSO et grossesse (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b).

Au-delà des risques effectifs de consommation ou de non suivi du TSO pendant la grossesse, la question du produit occupe une place très importante dans le discours de ces futures mères (Ibid.). Elle est présente en filigrane dans tous les sujets abordés et signale l'ambivalence entre un désir d'arrêter la consommation et une envie de consommer toujours présente (Lacrouts-Négrier & al., 2011). Les représentations concernant les produits restent cependant ambivalentes. D'un côté, les sujets valorisent – comme la plupart des sujets addicts – le produit du fait des sensations positives et du bien-être qu'il procure. Notamment la suppression de la douleur psychique et du mal-être, de « tous les problèmes », des pensées négatives, ou encore de l'angoisse. D'un autre côté, les femmes reconnaissent les conséquences

négatives pour l'enfant à naître ainsi que les effets concrets que la dépendance entraîne : problèmes financiers, état physique détérioré, sensation de manque, etc., qui sont une motivation pour arrêter complètement de consommer après la grossesse. Seules les femmes pour qui la grossesse en tant que dynamique mutative semble avoir échoué, ne verbalisent aucun désir d'arrêter les consommations après la grossesse malgré une réduction des consommations durant celle-ci. Chez ces dernières, la drogue et ses effets délétères sont banalisés, ce qui permet d'en maintenir une vision positive et de mettre à distance toute éventuelle remise en question, et donc tout changement.

Nous pouvons ainsi avancer l'idée que l'espace psychique maternel de contenance et d'interaction est envahi par la question de la drogue qui reste toujours au centre des préoccupations des femmes usagères de drogues ou sous TSO. Constat qui n'est pas de bon augure car il souligne le risque de troubles dans les relations mère-enfant et leurs conséquences sur le développement psychique de l'enfant (Missonnier, 2004 ; Bayle, 2005). Lacrouts-Négrier et al. (2001) estiment que la pauvreté des représentations concernant l'enfant à naître est justement liée au fait que la question de la drogue vient faire barrage à une pensée sur l'enfant à venir. Ce dernier serait évoqué mais toujours en relation directe avec les produits consommés puisqu'il est souvent investi comme alternative à la drogue. Ces considérations ne seraient pas dues à la reconnaissance tardive de la grossesse, mais à la faible capacité d'élaboration. Cette difficulté d'élaboration serait liée, selon les auteurs, au questionnement que la grossesse induit par rapport à la différence des sexes et à l'identité sexuée que la drogue avait permis jusque-là d'écarter. Cependant, les auteurs ajoutent qu'en fin de grossesse, la venue de l'enfant permet à la plupart des futures mères de se détourner du produit pour se centrer sur l'enfant à venir. Cela se poursuit à la naissance et après celle-ci, si la femme est capable de se dégager de la relation fusionnelle en créant un lien symbolique. Dans le cas contraire, l'aménagement psychique de la mère et son identité risquent d'être mis, à nouveau, en danger.

5. PSYCHODYNAMIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

La grossesse va s'achever avec la délivrance corporelle et psychique. Celle-ci ayant été préparée au préalable par la déconstruction du bébé imaginaire (Lebovici, 1983). Cette déplacentation psychique (Missonnier, 2004), c'est-à-dire le passage « d'autrui à l'intérieur de soi » à « autrui en face de soi » est très brutale et implique une sensation de vide, de séparation douloureuse. L'approche de la délivrance peut être vécue sur le mode d'un retour de l'envahissement narcissique du début de grossesse, une sensation de béatitude originelle ou de nirvana ou, au contraire, se caractériser par une angoisse de séparation avec l'enfant et une angoisse de perte d'une partie de soi (Abdel-Baki & Poulin, 2004b ; Bydlowski, 1997). L'attente de l'accouchement, dont le moment ne peut être décidé par la femme, vient également mettre en jeu la passivité (Pascal & al., 2011).

L'accouchement est une expérience intense psychiquement et physiquement. Le nouveau-né étant celui qui donne sens à cette expérience aigue. C'est toute la maternalité qui se met en acte, qui s'actualise et se dramatise à travers le corps. L'accouchement en est l'apogée. Il implique de pouvoir se laisser effracter dans le réel pour accoucher (passage de l'enfant réel). Cela met en jeu l'expérience des limites avec une contradiction entre un « lâcher-prise » par rapport à la douleur et la nécessité de la contenir, l'intégrer, tout en ne cherchant pas à la maîtriser. La douleur est en effet massivement présente, associée à l'angoisse. Celle-là accentue celle-ci et inversement. La douleur est d'ailleurs d'autant plus angoissante qu'elle réactive des vécus de punition, de persécution et induit une régression psychoaffective de la libido (narcissique autant qu'objectale).

Le conflit entre libido narcissique et libido d'objet est également majoré chez l'accouchée. En effet, son corps est endolori, elle est fatiguée, aspire au repos et au repli sur elle-même et en même temps, elle se sent appelée à nourrir et à prendre soin de son bébé, ainsi qu'à le rencontrer. L'ambivalence est également présente par rapport à la mère qui l'a faite fille, au bébé qui sort d'elle et au conjoint qui lui a fait l'enfant. Winnicott (1947) distingue ici les racines de la haine initiale de la mère pour son bébé. Cette haine relaie les angoisses de la grossesse à propos de l'intégrité de son bébé, angoisses qui étaient déjà le produit de sa haine. Tenir le bébé occupe alors une fonction de réassurance indéniable. Le souci pour le bébé a son origine dans la lutte contre les effets de la haine maternelle, pour les réparer et en protéger le nouveau-né.

La jeune accouchée doit pouvoir faire le deuil de son état de grossesse et de l'enfant imaginaire idéal. Elle doit ensuite faire le travail inverse, celui de s'attacher, d'investir l'enfant

réel des désirs, espoirs et sentiments. Ce travail d'épreuve de réalité s'observe notamment à propos du sexe de l'enfant. Tout cela accentue la nécessité de mettre en lien le plus tôt possible la mère et le nouveau-né (psychiquement mais aussi corporellement, l'un n'allant pas sans l'autre) car le travail coûteux d'investissement de l'enfant pourrait, dans le cas contraire, être limité. « Le travail de réorganisation psychique dans les quelques heures suivant l'accouchement amène le monde mental de la mère à se restructurer et ceci soit en incluant le bébé dans son organisation et sa dynamique, soit en le laissant plus ou moins en dehors de cette restructuration. Si le bébé est éloigné de la mère, nous nous demandons si la restructuration et la récupération d'un état plus stable psychologiquement ne se déroulent pas sans faire intervenir le bébé qui reste alors quelque peu exclu. » (Lebovici & Stoléru, 1983 : 146).

L'accouchement viendrait ainsi également remettre en jeu des éléments dont nous avons vu qu'ils sont en souffrance chez les femmes toxicomanes (séparation, perte, confrontation à la passivité, effraction, deuil de l'enfant imaginaire pour investir l'enfant de la réalité, ...). Nous pouvons alors nous questionner sur l'influence d'un tel événement sur le processus de maternalité et l'investissement de l'enfant de la réalité. Il est probable que l'accouchement sera d'autant moins traumatique que la grossesse aura été marquée par l'intégration progressive des somatopsychiques et par l'élaboration (tout du moins partielle) de certaines problématiques. Au-delà de l'expérience de l'accouchement lui-même, il nous paraît nécessaire de prendre également en compte la question du syndrome de sevrage néonatal (SSNN) dont peut souffrir le nourrisson de femmes ayant consommé des opiacés (ou ayant eu recours à un TSO) pendant la grossesse.

6. LA RENCONTRE MERE-BEBE : IMPACT DU SYNDROME DE SEVRAGE NEONATAL ET DE L'HOSPITALISATION DU NOURRISSON SUR L'ETABLISSEMENT DES PREMIERS LIENS

Le temps de la grossesse chez les femmes toxicomanes ou sous TSO rencontrées dans le cadre de notre précédente recherche (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b) et dans notre clinique en CSAPA s'avère marqué par une angoisse massive liée à la potentialité d'un syndrome de sevrage du nourrisson à la naissance et à ses effets. En effet, les principaux risques de l'exposition in utero aux opiacés sont la survenue d'une souffrance fœtale anoxique, voire d'une mort fœtale in utero, essentiellement dues aux épisodes de manque maternel, et à la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal (SSNN), imprévisible et de sévérité variable (Lejeune, 2007a). Aucune corrélation entre la posologie du traitement de substitution et

l'apparition, la durée ou l'intensité du syndrome de sevrage du nourrisson n'a encore été démontrée (Lejeune, 2007a) et il reste aujourd'hui impossible aux médecins de déterminer s'il y aura ou non syndrome de sevrage néonatal à la naissance.

La survenue du SSNN est source d'une culpabilité massive des jeunes mères car elles font vivre à leur enfant le manque de drogue ou de traitement dont elles-mêmes connaissent et ont vécu les effets extrêmes et douloureux. Les premiers jours de vie de l'enfant peuvent s'avérer alors angoissants pour elles dans l'attente des signes spécifiques du syndrome de sevrage néonatal. En effet, celui-ci se déclare dans les quelques jours qui suivent l'accouchement et conduit donc à un temps d'hospitalisation en service de maternité plus long que la moyenne pour les femmes toxicomanes ou sous TSO.

Aucun travail n'a été mené, à notre connaissance, sur les effets psychologiques du syndrome de sevrage du bébé sur sa mère, et surtout sur le temps d'hospitalisation et de séparation potentielle mère-bébé que cela implique. En effet, le nouveau-né est pris en charge par le service de néonatalogie le temps du sevrage progressif. Nous pouvons cependant nous appuyer sur les nombreux travaux menés sur les effets de l'hospitalisation des nouveau-nés pour d'autres problématiques somatiques et sur les effets de la prématurité.

6.1.Hypothèses pour la compréhension de l'impact du syndrome de sevrage néonatal sur l'établissement des premiers liens et le vécu maternel à partir de travaux réalisés sur les effets de l'hospitalisation des nouveau-nés pour d'autres problématiques somatiques et sur les effets de la prématurité

Dans de tels contextes, les capacités de résilience des mères sont mises à mal. Les fixations traumatiques anciennes sont réactualisées en même temps que la réalité psychique du bébé est remaniée en fonction du réel de la situation obstétrico-pédiatrique qui influence les mouvements d'ambivalence de l'investissement fantasmatique. Les anomalies du fœtus ainsi que les troubles ou les problèmes de santé à la naissance blessent le narcissisme des parents. L'enfant idéalisé manque en effet à ses devoirs : « être un objet sur lequel il est possible de superposer son enfant imaginaire et un être qui sera capable de remplir son mandat transgénérationnel et de répondre aux attentes maternelles et paternelles » (Viaux-Savelon, Dommergues & Cohen, 2014 : 202). L'ambivalence de la mère est exacerbée. La haine, habituellement contre-investie et refoulée, peut apparaître à la conscience et faire traumatisme. Le syndrome de sevrage néonatal vient justement actualiser dans la réalité, la haine inconsciente maternelle. Benhaïm (2011) traite la question des mères toxicomanes et séropositives. Selon

elle, le moment de l'accouchement peut introduire trop de réel sans place pour du symbolique. La dimension de la haine maternelle peut être directement incarnée, hors symbolique à travers le télescopage du fantasme meurtrier envers l'enfant et de la transmission d'un virus mortel. Nous faisons l'hypothèse que cela peut également se réaliser dans le cas d'un syndrome de sevrage néonatal à la naissance. Des défenses obsessionnelles, contraphobiques, maniaques et projectives, des angoisses de mort sont alors majorées dans le cas d'anomalies du fœtus ou de problèmes de santé du nouveau-né. Elles visent à contenir l'hémorragie pulsionnelle tout en ayant des vertus contra-dépressives puisque la menace de perte de l'objet est omniprésente, de même que la menace de perte de soi. Cela peut également entraîner un désinvestissement du fœtus comme protection contre la crainte de perte d'objet du fait des fantasmes mortifères en jeu. La culpabilité (pré-)œdipienne peut parallèlement être ravivée comme si les problèmes de santé du fœtus/bébé étaient la conséquence de la vengeance de la mère archaïque. Nous faisons l'hypothèse que de telles défenses sont mises en jeu chez les mères confrontées au SSNN de leur bébé.

La souffrance potentielle de l'enfant amène la mort au-devant de la scène, associée à des sentiments de culpabilité, à des fantasmes inconscients d'infanticide, d'impuissance à protéger, de castration, d'emprise et de solitude. Nous pensons que ceux-ci pourraient être majorés dans le cas d'un syndrome de sevrage, en tant que résultat des consommations et/ou du recours au TSO de la mère pendant la grossesse.

L'accent est mis sur l'importance de l'anticipation telle que définie par Missonnier (2009), comme angoisse signal qui sert de tremplin au travail psychique en réduisant l'effet anticipé de l'effraction. Cependant, que le SSNN se déclare ou non, le doute pourrait perdurer dans l'esprit des parents, ce qui risque d'engendrer des perturbations dans les relations précoces ou qui resurgira dès la moindre perturbation dans le développement de l'enfant (Soubieux & Soulé, 2005 ; Viaux-Savelon, Dommergues & Cohen, 2014). Nous avons en effet déjà noté que les théories psychanalytiques supposent une continuité entre la maturation des représentations prénatales et la qualité de l'interaction mère-enfant postnatale. Cette continuité a un impact sur le développement ultérieur de l'enfant.

Alvarez (2010) ajoute que les expériences d'atteinte du corps de l'enfant, l'engagement dans des soins complexes et de longue haleine impliquant une séparation précoce, la mise à l'épreuve des capacités d'adaptation des bébés et des parents, et des éprouvés de détresse somatiques et psychiques, sont difficilement intégrables. Ces éléments possèdent une forte potentialité traumatique et désorganisatrice d'un point de vue intrapsychique et interrelationnel. L'anxiété parentale aurait un impact non-négligeable sur l'établissement des interactions

précoces avec un risque accru de distorsions dans la dyade et dans la triade (notamment dans les cas de prématurité) (Singer & al., 2003). Muller Nix et al. (2009) observent, dans leur étude sur le vécu parental et les relations parents-enfant dans le cas de naissance prématurée, que les parents oscillent entre un surinvestissement anxieux et un désinvestissement plus ou moins important de l'enfant dans un mouvement d'ambivalence exagéré. Les représentations parentales peuvent également osciller entre une idéalisation de l'enfant, de ses compétences, de sa destinée « héroïque », et des représentations de risques pour sa santé alors même que sa survie et sa santé ne sont plus en danger (Muller Nix & al., 2009). Ainsi, d'après nombre d'auteurs, l'angoisse qui entoure la naissance, la privation des interactions précoces gratifiantes et paisibles entre la mère et l'enfant, dans le cas d'anomalies ou de problèmes de santé du bébé, sont des obstacles à l'établissement d'une relation précoce satisfaisante et à la formation d'un processus d'attachement harmonieux (Battisti, 1998, Behran & Stith Butler, 2006, Carel, 1977 et Pierrehumbert, 2003, cités dans Muller Nix & al., 2009). Cela serait alors également en jeu dans le cas d'un SSNN.

Par ailleurs, le bébé présentant un syndrome de sevrage néonatal, en souffrance, irritable et difficile à satisfaire, ne va pas pouvoir répondre aux attentes parentales. Il ne sera pas toujours gratifiant pour des mères déjà fragilisées par leurs propres représentations négatives et parfois celles des soignants et de la société. La réciprocité et la circularité des échanges sont mises à mal. Des sentiments de déception, de frustration, de colère pourraient alors apparaître. Le devenir parent et l'histoire psychique parentale peuvent alors être marqués par la souffrance et/ou cela peut entretenir une mauvaise image de l'enfant perçu dans un refus de communiquer. Dans le cas d'une toxicomanie maternelle active, les interactions mère-bébé risquent d'être perturbées à la fois par les comportements du bébé en manque (hyperexcitabilité, hypertonie, irritabilité, troubles respiratoires et digestifs) mais aussi par l'absence de réceptivité et de stimulation de la mère qui se drogue (Esquivel, 1994). L'investissement maternel oscillerait par ailleurs souvent entre deux pôles : la « fusion » et le rejet (attitudes de repli, d'indisponibilité voire d'abandon). Néanmoins, la relation peut évoluer favorablement lorsque le regard mutuel occupe une place privilégiée dans les échanges, contrebalançant l'agitation du bébé et les « difficultés » maternelles, et lorsqu'il existe un soutien de la part de l'entourage immédiat. Le syndrome de sevrage entraîne également, au-delà de l'angoisse, de la culpabilité et une mésestime de la part de la mère qui peuvent perturber les interactions précoces et/ou entraîner une reprise de ses consommations (Esquivel, 1994).

6.2. La nécessité d'introduire les jeunes parents en tant que co-acteurs des soins de l'enfant

La surveillance médicale majorée est souvent vécue comme une aliénation aux objets externes et donc comme omnipotente et persécutrice car intrusive. Cela ne peut qu'être accentué chez les femmes dépendantes. La femme vit ainsi la médicalisation de sa grossesse ou des premiers temps de vie du bébé comme une blessure narcissique désobjectivante. Elle s'appuie néanmoins sur le discours médical en rationalisant mais cela est souvent insuffisant pour contenir les angoisses et jouer son rôle de fonction pare-excitante, particulièrement lorsque des fragilités non pas été élaborées. Le père risque de ne pas être investi comme tiers, dans sa position d'altérité mais comme un soutien, dans sa fonction d'étayage ainsi que dans sa fonction de pare-excitations par rapport au monde médical et à l'entourage souvent perçu sur un mode intrusif et persécuteur, voire incestueux (Benali, 2008).

Alvarez (2010) insiste alors sur la place des soignants. Leur sensibilité à la situation de l'enfant et les liens tissés avec les parents, doivent leur permettre de soulager l'expérience traumatique par un partage autour de l'enfant, les requalifiant en tant que parents, les soutenant pour découvrir les compétences du bébé, les rendant ainsi à nouveau co-acteurs de ce parcours.

L'hospitalisation en Unité Kangourou (UK) favorise également l'établissement des relations précoces en alliant la néonatalogie et le maintien du lien familial.

C. UNE NAISSANCE : DU COUPLE A LA PARENTALITE

Prise comme beaucoup dans les clichés sociaux, nous avons spontanément anticipé les femmes enceintes toxicomanes comme des femmes seules en situation de monoparentalité. Bien que cette situation soit probablement le cas pour bon nombre d'entre elles, force a été de constater que nos sujets étaient toutes en couple et que celui-ci perdurait dans le temps. Il est probable que cela tienne à notre mode de recrutement mais cela montre aussi que la toxicomanie n'est pas en soi un facteur de monoparentalité et plus largement d'isolement. Elle n'en constitue qu'un facteur aggravant.

Nous avons, face à ces constats, introduit de nouvelles dimensions comme la dynamique du couple et la place du conjoint dans la parentalité. En effet, il nous apparaissait finalement difficile de penser le devenir mère, la qualité des interactions précoces ou encore le développement de l'enfant, sans prendre en considération l'influence du père dans ses fonctions et sa position tierce sur ceux-ci. Néanmoins, faute d'avoir suffisamment anticipé cette question qui ne s'est posée qu'après les premières rencontres avec les femmes, notre méthodologie de recueil des données est restée centrée sur la femme enceinte et la jeune mère. Nous ne disposerons donc pas du discours des pères dans cette étude. Nous porterons néanmoins notre intérêt sur la présence/absence du père dans le discours maternel et les représentations le concernant, en tant que reflet de sa présence/absence au sein de la psyché maternelle et de la dyade mère-bébé.

Cette dernière partie débutera par une présentation succincte des théorisations psychodynamiques du couple pour aborder l'économie conjugale du couple toxicomane. Nous aborderons ensuite le désir d'enfant chez la femme et chez l'homme. Nous étudierons également le passage de la conjugalité à la parentalité, toujours en nous situant dans un continuum allant du normal au pathologique. Cela nous permettra d'évoquer la place de l'enfant au sein d'un couple toxicomane. Nous aborderons ensuite la dynamique psychique du devenir et de l'être parent à proprement parler chez la femme et chez l'homme. Cela nous permettra de développer la question des interactions précoces et la place du tiers paternel au sein de ces relations, notamment dans le cas d'une toxicomanie maternelle. Enfin, nous conclurons notre développement théorique sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et leur rôle de soutien potentiel aux réaménagements objectaux et à l'accès à une parentalité plus affirmée.

1. LE COUPLE

Nous avons souhaité débiter cette nouvelle partie par l'abord psychodynamique de la question du couple dans la mesure où la grossesse et l'arrivée d'un enfant s'inscrivent, chez tous nos sujets de recherche, dans une configuration familiale où le père du bébé est présent et partie prenante de ce projet d'enfant. Nous nous sommes alors questionnée sur les enjeux psychiques de l'arrivée d'un enfant dans la dynamique du couple de manière générale et des spécificités dans le cas d'un couple toxicomane. Il nous semble pertinent d'aborder dans un premier temps la notion de couple à travers ses origines (choix d'objet), certains de ses processus et fonctions (fonction « réparatrice »), sa dynamique, ... avant de développer la question du désir d'enfant de chacun des partenaires puis les remaniements et réaménagements narcissiques/identitaires, objectaux et conjugaux introduits par la conception puis l'arrivée d'un enfant au sein de ce qui sera devenu une famille.

1.1. Le couple conjugal

Le couple est un groupe complexe formé par deux partenaires et dont l'histoire est marquée par des étapes virtuellement critiques, mutatives et structurantes qui viennent bouleverser l'économie et la dynamique psychiques du couple et de ses deux membres (Smadja & Garcia, 2011). La question du désir d'enfant puis la naissance d'un enfant, le passage du couple à la famille et l'articulation du couple amant et du couple parental en sont quelques exemples.

Le couple relève d'une réalité corporelle-sexuelle qui renvoie à deux corps sexués et deux « organisations psychosomatiques » qui tendent à l'élaboration d'un « fantasme de couplage psychocorporel » traversé par des courants réciproques d'investissements pulsionnels (narcissique, érotique et agressif), des représentations, des mouvements projectifs et identificatoires ainsi que le fantasme de bisexualité psychique et le désir régressif d'union narcissique notamment dans l'acte sexuel (Ibid.). Le couple implique également une réalité socioculturelle qui se caractérise par deux individus appartenant à un groupe social, dotés de rôles et de fonctions et constituant une unité sociale de production et de coopération économiques, de reproduction sociale et d'éducation des enfants visant leur socialisation (Ibid.). Enfin, le couple sous-tend et est sous-tendu par une réalité psychique qui suppose alors la présence de composantes psychiques actives multiples telles que l'identitaire ; le sexuel ; le narcissisme ; l'ambivalence et les investissements pulsionnels et affectifs ; les aspects prégénitaux des partenaires ; les conflits archaïques, prégénitaux et œdipiens ; la bisexualité psychique ; l'envie et la jalousie ; les complexes d'Œdipe et fraternel ; les processus de

projection et d'identification ; les aspects fusionnels et symbiotiques ; les fantasmes et les désirs ; ou encore les modalités variables de relations d'objet, qui soutiennent la structuration et le fonctionnement psychique du couple (Smadja, 2011 ; Smadja & Garcia, 2011). Le couple suppose également la création d'un espace-temps commun et partagé qui sera inévitablement dans un rapport de tension avec les espaces-temps séparés et différenciés des partenaires (Smadja, 2011).

Le couple est ainsi une entité vivante, traversée par des conflictualités internes et des tendances régressives qui favorisent ainsi des possibilités de réaménagements maturatifs du couple mais également des sujets qui le constituent. « C'est pourquoi le couple humain, selon Lemaire, doit être fonctionnellement considéré comme un ensemble structuré, rythmé par des alternances de phases marquées, chez chaque individu, par des clivages idéalisants et un travail de deuil de l'objet idéalisé constamment renouvelé. Il vit des processus d'organisation, désorganisation et réorganisation des interrelations entre les partenaires lui donnant un équilibre de caractère dynamique. » (Smadja, 2011 : 134). Le couple perdurerait ainsi dans la mesure où il répond aux fonctions essentielles de contenance, de symbolisation, de réparation, de confortation narcissique et pulsionnelle et de maintenance d'une relation au désir (Garcia, 2011).

1.2. La « fonction réparatrice » du couple

Kaës (1985-1989) introduit les concepts d' « alliances inconscientes », de « pactes défensifs » et de « pactes dénégatifs » dans la structuration des groupes et des couples. Ces derniers sont à envisager comme une modalité de résolution des conflits intrapsychiques et des conflits qui traversent une configuration de lien. Les « pactes dénégatifs » œuvrent ainsi dans une double polarité d'organisation des liens sur des représentations inconscientes visant à satisfaire les désirs et l'autre et d'organisation des liens sur ce qui est refoulé, dénié ou rejeté dans une visée défensive. La plupart des alliances inconscientes seraient nouées, au sein du couple, dans le but de traiter non seulement le manque, la castration, la séparation et la perte, mais surtout la destruction, l'impossible et l'impensable. Ainsi, selon Lemaire (1979, cité dans Robert, 2011), le partenaire est sélectionné dans le but de renforcer les mécanismes de défense notamment dans le but de restreindre les pulsions partielles. En effet, le couple représente une « enveloppe psychique » (Anzieu, 1985) au sein de laquelle les partenaires tendent à répéter la relation spéculaire avec leur mère. L'autre est pour chacun un « objet unique auxiliaire » (Berenstein & Puget, 1986, cités dans Garcia, 2008). Le couple représente ainsi classiquement le lieu où se rejoue, se répète et éventuellement s'élabore l'infantile. Il est un espace au sein

duquel peuvent se remettre au travail et s'élaborer des traumatismes archaïques. « Le couple est là dans cette attente, dans l'espoir que le conjoint soit l'objet à qui et pour qui s'adresse cette répétition, mais qu'il réagisse de manière suffisamment différente et appropriée, dans les crises que les conjoints traversent nécessairement, pour que s'établisse le contraste entre le passé traumatique et le présent de ce qui se vit dans cet espace-couple, qui peut alors se présenter comme lieu de symbolisation. » (Garcia, 2008 : 137). Garcia (Ibid. : 137) parle ainsi de « fonction réparatrice du couple ». Le partenaire a ainsi pour mission de pallier l'insuffisance de symbolisation du sujet, qui va inconsciemment s'en servir comme substitut du Moi là où son propre Moi est défaillant (Garcia, 2011). Le couple représente ainsi une instance thérapeutique et de construction identitaire à travers la réélaboration des avatars de la relation primaire. Néanmoins, Robert (2006) insiste sur le fait que le couple implique non seulement de la répétition mais également du « nouveau » et de la « nouveauté » du fait de la rencontre de l'étranger et de l'altérité. « Autrement dit, le lien de familiarité n'est pas le même entre une mère et son enfant qu'entre deux conjoints » (Ibid. : 162).

1.3.Choix d'objet et typologie du couple

Nous nous appuyerons essentiellement sur les travaux de Smadja et de son ouvrage « Le couple et son histoire » (2011), notamment le chapitre IV « Esquisse d'une histoire « naturelle » du couple », pour aborder succinctement le choix d'objet amoureux. L'objet du choix d'objet doit être à l'origine de satisfactions narcissiques, érotiques, tendres et agressives mais également contribuer à renforcer le Moi et son organisation défensive. Le choix d'objet peut être en référence aux imagos parentales dans un contexte œdipien positif et/ou négatif. Un autre type de choix d'objet peut être défensif comme moyen de protection contre l'expression des pulsions partielles devant être maintenues refoulées et contre-investies. Le choix d'objet peut s'avérer également narcissique dans une perspective où l'objet représente ou rappelle ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été soi-même, ce que l'on voudrait être (Idéal du Moi) et la personne qui a été une partie de soi. Dans un versant opposé, l'objet peut être choisi à partir de ses caractéristiques négatives, impliquant des bénéfices narcissiques pour le sujet. L'on choisit l'objet en fonction de ses défaillances latentes qui font écho aux craintes du sujet d'être lui-même défaillant. Il s'agirait de faire porter au partenaire la défaillance que l'on craint en nous. Le partenaire peut également être le support des mauvais objets intériorisés bien qu'il soit objet de désir et investi comme bon, dans un premier temps. Par la suite, l'investissement agressif et la représentation de l'objet comme source de frustration et de persécution dominant. L'objet reste cependant investi comme objet. Le partenaire peut également, dans un autre type de choix

d'objet, représenter une protection contre le risque d'un engoulement ou de dévoration par un objet d'amour trop absorbant. Cela concernerait notamment les sujets organisés sur un mode pré-génital, n'ayant pas pu accéder au primat de la génitalité au cours de leur développement. Enfin, le choix d'objet peut renvoyer à la recherche d'un double narcissique et d'un double bisexuel, en lien avec le complexe fraternel (Kaës, 2008). Il s'agirait alors d'une défense contre la différence des sexes, des générations et du fantasme de castration. (Lemaire, 1979, cité dans Smadja, 2011). Il convient de préciser que, le plus souvent, les différents types de choix se combinent et s'articulent entre les partenaires selon diverses modalités. En effet, le couple comporte toujours des liens narcissiques et des liens libidinaux qui s'articulent dans un équilibre ou un déséquilibre et contribuent à la solidité ou à la fragilité du couple (Eiguer, 1984, cité dans Joubert, 2003).

A partir des modalités différentes de choix d'objet d'amour, Eiguer (1984, cité dans Joubert, 2003) propose une typologie du couple (névrotique, anaclitique, narcissique) qui rend compte d'un équilibre plus ou moins stable entre liens narcissiques et liens libidinaux, et de modalités de relations d'objet et d'angoisses spécifiques. Ainsi, le couple névrotique, normal vit en « prévalence » dans les liens libidinaux et est dominé par l'angoisse de castration et la crainte du rapproché émotionnel. Le couple anaclitique est fondé inconsciemment essentiellement sur la crainte de la perte et la recherche d'étayage avec une prévalence des liens narcissiques sur les liens libidinaux. Le couple narcissique enfin est dominé par la question du pouvoir et des interactions marquées par le sadomasochisme (contrôle, mépris, mise en évidence des défaillances de l'autre). Les partenaires recherchent la fusion face à des angoisses de déliaison et de persécution. Bien entendu, un couple peut présenter des mélanges de chaque type, mais l'un reste prédominant.

1.4. Typologie du couple chez les sujets toxicomanes et place de la consommation de drogues dans l'économie conjugale du couple toxicomane

La littérature concernant la dynamique conjugale des sujets toxicomanes reste extrêmement pauvre. Coleman (1987, cité dans Guéguen & al., 2016) mettait en évidence une double dépendance dans les couples toxicomanes : la dépendance au produit et la dépendance à l'autre, où se joue l'alternance entre fusion et rejet traduisant l'impossible élaboration du conflit narcissico-objectal chez les sujets addicts. Courty (2010) insiste sur l'existence de cette double dépendance essentiellement chez les femmes toxicomanes, addictes au toxique autant qu'à leur conjoint, souvent fournisseur de la drogue. Il semble d'ailleurs que le partenaire amoureux joue un rôle clé dans le maintien de la dépendance ou dans la décision de s'engager

dans un processus de soin et de le maintenir (Lex, 1995, cité dans Barrault, 2013). La relation conjugale a un impact sur l'initiation, le maintien, et le développement de problèmes liés à l'usage de substances (Epstein & McCrady, 2002 ; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003, cités dans Barrault, 2013). Tonnelier (1978) et Deveaux (1991) (cités dans Guéguen & al., 2016) ont mis en évidence une relation fraternelle au sein des couples toxicomanes qui rassemble un évitement et un refus de l'Œdipe et de la castration. Cela implique une indifférenciation des sexes et une relation à la fois marquée par une tentative de déssexualisation et de bisexualité. L'indifférenciation des sexes serait de l'ordre des identifications secondaires (identification à l'homme ou à la femme) et non primaires comme c'est le cas dans la psychose. Par ailleurs, le couple toxicomane serait structuré en un fonctionnement triadique, composé des deux partenaires et du toxique. Ce dernier aurait ainsi pour fonction de mettre en suspens les désirs et l'identité du sujet et d'éviter la conflictualité (Guéguen & al., 2016). Le toxique représenterait finalement le mythe fondateur du couple, en tant qu'élément commun dans l'histoire de la rencontre et l'histoire du couple. Le sevrage pourrait alors conduire à une séparation, d'autant qu'il révélerait alors la problématique psychique de chacun des partenaires (Courtois et Cordonnier, 1995, cités dans Guéguen & al., 2016). Parallèlement, la relation conjugale permettrait de mieux supporter la dépendance au produit. Pour le sujet toxicomane, « la dépendance amoureuse correspondrait à la possibilité de pouvoir choisir d'être dépendant à autre chose que son produit » (Losito, 1998 : 47, cité dans Guéguen & al., 2016). L'activité sexuelle et la libido seraient entièrement tournées vers la recherche et la prise de produits (Rosenblum, 2006). Le partenaire sexuel n'est pas perçu comme objet de désir mais comme un « compagnonnage avec le produit » (Rosenblum, 2006 : 991). Ces différents éléments concerneraient néanmoins les couples où les deux partenaires sont toxicomanes.

Soulinac et al. (2004) se sont en revanche intéressés à la structuration et au fonctionnement conjugal à partir de la place de l'usage des substances dans l'économie conjugale des couples dont l'un ou les deux partenaires sont consommateurs de substances psychoactives. Ils en distinguent quatre types (A, B, C et D).

Le type A rend compte d'un couple où les deux partenaires sont consommateurs. Ils se rencontrent dans un contexte de recherche ou de consommation de produits. Les deux partenaires vont poursuivre leur relation en l'organisant autour des consommations de substances. Dans les phases d'abstinence, ils ont peu de choses à partager, si ce n'est la préparation de la prochaine consommation commune. Dans les phases de consommation,

l'excitation initiale due à l'idée de consommer ensemble fait vite place à un état d'intoxication qui sépare plus qu'il ne rapproche.

Le type B est composé par des partenaires ayant constitué un couple avant ou en dehors de la consommation de substances. Dans ces couples, la consommation commune de substance peut être vue comme une tentative de créer de la complicité, une intimité. La drogue peut également représenter un moyen facilitant la parole, l'échange et la sexualité chez les deux partenaires. Leur intimité a du mal à exister ou à se développer sans le recours au produit.

Dans les couples de type C, un seul des partenaires est consommateur. Cela conduit à différents types d'aménagement conjugal. Nous ne nous centrerons que sur ceux où c'est la femme qui présente une dépendance. Dans le premier cas de figure le conjoint, souvent plus âgé, est non consommateur. Ce dernier représente une figure paternelle qui va prodiguer à la femme l'amour paternel dont elle aurait manqué. Elle est dans une dépendance absolue à cet homme qui exerce dès lors un contrôle massif sur elle. Parfois, il lui fournira lui-même le produit. Il détiendra ainsi le pouvoir de la punir ou de la soulager. Il n'existe pas de possibilité d'autonomisation pour la femme. Soullignac et al. (2004) font l'hypothèse que la consommation de psychotropes a valeur pour la femme de tentative de se créer un espace personnel. Le second cas de figure est caractérisé par un homme totalement dévoué à sa compagne qui « étouffe ». Il est attentif, devine et anticipe ses désirs au point peut-être de l'empêcher de désirer et/ou d'être frustrée. Il lui prodigue l'amour inconditionnel d'une mère, dont elle a besoin malgré son désir d'un amour conjugal, conditionnel. L'abus de substances correspond alors à une manière de provoquer voire de tromper son conjoint, peut-être dans une tentative d'éprouver son amour dans un désir ambivalent qu'il pardonne et qu'il s'affirme, s'oppose. Nous pouvons également faire le lien avec le désir d'attaquer la mère toute bonne.

Soullignac et al. (2004) définissent un dernier type de couple (D) qui se construit avec deux partenaires non consommateurs au moment de la rencontre et où l'un des deux va commencer à consommer, ou bien, l'un des partenaires était consommateur mais l'autre n'en avait pas connaissance, dans un état de déni. Il s'agirait d'un couple marqué par l'absence d'espace individuel. La consommation de substance représenterait alors une tentative d'échapper à l'autre. Elle peut être vécue par l'autre partenaire comme une trahison, une infidélité.

L'on note de nouveau la fonction de séparation ou du retour de la fusion avec le produit.

Dans tous les couples, toxicomanes ou non, le désir d'enfant (dans ses composantes ambivalentes, conflictuelles, narcissiques, objectales, œdipiennes et préœdipiennes) ainsi que, par la suite, la naissance de l'enfant et le devenir parent et ses aléas, vont représenter des événements traumatiques qui vont créer un bouleversement dans le fonctionnement psychique du couple. De fait, ces événements sont sources d'une réactivation de conflits infantiles, d'angoisses et de défenses, de déplacements de courants d'investissements, d'une stimulation de l'activité fantasmatique autant consciente que préconsciente, ainsi que de remaniements identificatoires œdipiens et préœdipiens chez les deux parents. Nous nous centrons sur ces questionnements et les réaménagements qu'ils impliquent uniquement chez la femme, tout en gardant à l'idée que ces processus sont également en jeu chez l'homme devenant père. Ces processus influent inévitablement sur le devenir du couple parental et amoureux, et sur le devenir de la nouvelle triade familiale. Ils impliquent de nouveaux rôles pour la mère et pour le père auprès de l'enfant, dans la dyade mère-enfant et au sein du couple amoureux.

2. LE DESIR D'ENFANT

Chez tout couple, le fantasme familial sous-tendant le projet familial est implicite ou explicite. Le désir d'enfant dans les deux sexes est narcissique et objectal (« Je veux un enfant de toi, fais-moi un enfant, je te fais un enfant, faisons un enfant. ») et se constitue à partir notamment de l'Œdipe. Le narcissisme primaire des deux partenaires et leur « narcissisme conjugal » se prolongeront dans l'idéalisation nécessaire de l'enfant fantasmé, objet narcissique conjugal, commun et partagé. En revanche, le narcissisme fragile des deux partenaires pourrait être menacé par le projet d'introduire un enfant au sein d'un couple fusionnel. Selon Bydlowski (1989), le désir d'enfant d'un couple s'inscrirait dans une perspective d'épanouissement individuel et conjugal. Il s'exprime par des rêveries créatrices, individuelles et communes, des activités fantasmatiques, conscientes et inconscientes qui ont trait au processus de parentalité.

2.1. Désir d'enfant et désir de grossesse chez la femme

Toute grossesse, qu'elle soit attendue, programmée ou non, menée à terme ou non, vient mettre en jeu la question du désir d'enfant. Celui-ci trouve sa source dans les premiers temps du développement de l'individu et s'enrichit au cours de ses différentes phases.

Bydlowski (1997) s'est longuement intéressée à la question du désir d'enfant. Selon elle, il existe chez toutes les femmes le désir inconscient de l'enfant imaginaire même si elles refusent la maternité. Cet enfant imaginaire est supposé tout accomplir, tout réparer et tout

combler (deuil, solitude, destin, sentiment de perte ou de vide). Il est le lieu de passage d'un désir absolu : celui des souhaits infantiles. C'est le versant narcissique du désir d'enfant qui s'inscrit également dans un désir de réparation (Freud, 1914), de complétude narcissique. Bydlowski ajoute (2000) que le désir d'enfant résulte de la combinaison harmonieuse de trois composantes. La première renvoie au désir d'être comme sa mère, autrement dit l'identification à sa mère, et désirer un enfant de la mère. Il s'agit du versant archaïque, précœdipien du désir d'enfant. La seconde composante renvoie au désir d'avoir, comme sa mère, un enfant du père. Il s'inscrit ainsi dans une composante œdipienne. Cela impliquerait un désir incestueux dans toute grossesse (Freud, 1933). L'enfant vient alors également combler (le désir du pénis de) la mère en lui permettant alors de dénier sa castration, et indirectement celle que la grand-mère maternelle aurait fait subir à son mari, le grand-père paternel (Lebovici & Stoléru, 1983). Le bébé introduit donc trois générations et offre une possibilité de représentation pour les fantasmes inconscients œdipiens (et précœdipiens) maternels. Le désir d'enfant se base ainsi sur les identifications précoces de la femme à sa propre mère (Appelgarth, 1988). Enfin, la dernière composante renvoie à la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme. Brazelton et Cramer (1991) distinguent par ailleurs le désir d'enfant du désir d'être parent. Ce dernier découlerait du fantasme de mère toute-puissante, origine de toute gratification. Il correspondrait ainsi à la quête (narcissique) des attributs du pouvoir maternel. Le désir d'être parent est purement narcissique. L'enfant aurait alors le rôle de réalisation des ambitions abandonnées par ses parents.

La situation s'avère plus complexe lorsque le désir de maternité, issu de l'identification à la mère avec, donc, le désir de recevoir un enfant du père, ne s'est pas épanoui en désir d'enfant. C'est le cas des grossesses adolescentes par exemple pour qui la grossesse doit donner un enfant et un compagnon qui jouerait le rôle de père et de mère. « Ces jeunes filles deviennent mère avant d'avoir pu jouer à la poupée » (Lebovici et Stoléru, 1983 : 259).

Le désir d'enfant peut d'ailleurs n'être qu'un « désir de grossesse pour la grossesse ». La grossesse n'a alors pour finalité qu'elle-même. Cela renvoie, selon Bowlby (1978), au déni de castration féminine (la grossesse sert à se conforter ou à se rassurer sur le fait que tout fonctionne bien à l'intérieur de son corps) ou à la nostalgie d'une complétude narcissique (pour ressentir la plénitude liée au fait de fusionner avec l'être en soi) (Bydlowski, 1997).

Faure-Pragier (1998) distingue enfin le « droit » ou l' « exigence » d'enfant qui exprimerait plutôt un souci de conformité, de normalité face aux attentes sociales ainsi qu'un désir d'être reconnue comme adulte et mère de famille.

Le processus de désir d'enfant est donc complexe et ne peut être séparé des représentations et souhaits des parents (principalement ceux de la mère). Il se distingue du « projet d'enfant » qui est toujours conscient. L'enfant du désir est imaginaire, porteur des fantasmes parentaux. L'enfant réel ne peut alors jamais venir combler le manque de l'enfant imaginaire car « désirer c'est se représenter l'objet manquant, aucun objet réel ne peut venir satisfaire la représentation » (Bydlowski, 1989 : 60). D'où un désir d'enfant toujours présent (enfant imaginaire), remis en route dès la naissance de l'enfant réel (Bergeret-Amselek, 1996/2005 ; Bydlowski, 2000).

2.1.1. *Désir d'enfant chez les femmes toxicomanes et découverte tardive de la grossesse*

La majorité des auteurs soulignent que la grossesse chez une femme toxicomane est connue tardivement voire déniée. Elle semble alors ne pas être désirée ni prévue (CPLT, 1999). En effet, l'activité sexuelle de la femme est noyée dans les conduites toxicomanes (Franchitto & al., 2010 ; Lowenstein & Rouch, 2007). Le corps et l'image corporelle des femmes toxicomanes sont marqués par la déssexualisation à travers l'aspect androgyne dominant qui implique la négation du corps féminin et de ses attributs, et une identité sexuelle ambiguë. A l'inverse, l'on peut repérer une exacerbation des attributs féminins. Ces phénomènes traduisent une dimension spécifique de la toxicomanie féminine que sont les troubles de l'identification psychosexuelle et de l'investissement du corps féminin (Rosenblum, 2009a & b ; Thomas, 2013). Le rapport à la sexualité des femmes toxicomanes serait marqué par un déplacement de l'investissement libidinal sur le produit. Les rapports sexuels sont connotés par des thématiques de viol, de frigidité et d'absence de plaisir. Par ailleurs, l'aménorrhée due aux consommations répétées de toxiques viendrait confirmer le déni de la féminité, de même qu'un fantasme d'infertilité (Ferraro, 1998 ; Franchitto & al., 2010 ; Lowenstein & Rouch, 2007 ; Lacrouts-Négrier & al., 2001 ; Rosenblum, 2009a & b ; Toubiana, 2011). La contraception n'est donc pas utilisée (et toutes n'y ont pas forcément accès). Cela traduirait au contraire, d'après Ferraro (1998), un désir inconscient de grossesse. Les troubles du schéma corporel empêcheraient la reconnaissance des sensations dues à la grossesse ou des mouvements fœtaux (Franchitto & al.,

2010). La grossesse serait alors poursuivie puisqu'elle est connue trop tardivement pour pouvoir avoir recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (CPLT, 1999 ; Toubiana, 2011).

Nos propres observations (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b) viennent contredire ces constats concernant une absence de désir d'enfant et une méconnaissance de la grossesse chez les femmes toxicomanes. Avant tout, il paraît important de faire le distinguo entre recours à la maternité et désir de maternité. Pour l'ensemble de nos sujets (Ibid.), la grossesse était « accidentelle ». Se pose alors la question du recours à l'acte ou de l'acte manqué ? Question fondamentale au regard de la problématique addictive car le premier processus montre que le sujet est toujours dans l'économique et le besoin alors que le second signale la mise en acte d'un souhait certes refoulé mais relevant du registre du désir. Plus de la moitié de nos sujets ont fait état d'un désir d'enfant, celles-là même qui ont fait preuve d'une meilleure tolérance aux changements corporels. On peut donc raisonnablement penser qu'elles étaient davantage dans la mise en acte d'un désir inconscient et que les autres femmes, qui n'ont jamais évoqué un quelconque désir de maternité, seraient davantage dans le recours à l'acte. Par ailleurs, la grande majorité des femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO que nous avons rencontré (Ibid.) ont eu connaissance de leur grossesse durant le premier mois suite aux changements corporels et aux manifestations physiologiques (seins lourds, vomissements ou aménorrhée) (Lacrouts-Négrier et al., 2001), ce qui laisse penser qu'elles manifestent un investissement de leur corps et de leur image corporelle suffisant.

Néanmoins, parmi les femmes évoquant un désir conscient d'enfant, l'une d'entre elles ne s'est pas faite suivre correctement durant sa grossesse et a mis en péril son enfant en accouchant dans une maternité autre que celle prévue et non pourvue d'un service de néonatalogie. Une autre a confondu sensations dues à la drogue et à la grossesse, même si elle les a bien tolérées une fois connu son état gravidique. Cette indifférenciation servirait ainsi à alimenter le déni et le maintien de la non représentation de l'enfant, dans un premier temps, pour protéger la femme d'une trop grande excitation pulsionnelle intolérable pour le Moi fragile, due à l'émergence de l'enfant du dedans (Cohen-Salmon et al., 2011). Cette modalité d'investissement du sensoriel a permis par la suite, l'accès à la figuration du bébé avec la différenciation des sensations (Ibid.). Enfin, pour une autre femme, le désir d'enfant semblait plus en lien avec la norme sociale, la grossesse étant représentée comme un « passage obligé » lié à son avancée en âge. On ne peut donc souscrire à l'idée quelque peu idéaliste qu'un désir d'enfant et une maternité viendraient résoudre la question de la toxicomanie. Il s'agit plus

modestement d'anticiper, selon les configurations psychiques des futures mères, la façon dont vont s'articuler les liens à l'objet-drogue et les liens à l'enfant.

Malgré tout, d'autres auteurs ont également mis en évidence le fait que les femmes toxicomanes sont effectivement interpellées par leur désir d'enfant qui peut les motiver vers une sortie de la toxicomanie. Ainsi, Rosenblum (2009a & b) considère que l'objet-drogue serait insuffisant pour soutenir l'économie psychique des jeunes femmes. La survenue d'une grossesse serait alors le signe d'une rupture de l'homéostasie addictive. Ebert (1988) estime également que la grossesse serait le signe d'une tentative de résolution des conflits inconscients à l'origine de la toxicomanie. On retrouve cette idée chez Taboada (1998) pour qui le désir d'enfant n'apparaîtrait que lorsque le colmatage toxicomaniaque n'y suffit plus, avec un recours à la maternité comme tentative de guérison. Esquivel (1994) citant Sainte-Fare-Garnot (1986) est plus précise et considère que lorsque le désir d'une maternité est présent consciemment, l'enfant apparaît comme l'aboutissement d'une maturation psychique de bon augure. Thomas (2013) estime que la survenue d'un enfant peut entraîner une mise au travail psychique avec des questionnements sur l'être femme, l'être mère et l'être toxicomane. Ce travail psychique peut être une tentative d'élaboration de la perte, perte qui peut être réalisée à travers l'enfant et que la drogue ne réalisait que partiellement et illusoirement. Il faut néanmoins, pour que cette perte puisse se réaliser, que l'enfant occupe la place de l'enfant œdipien et non pas, par exemple, l'enfant de la mère ou encore l'enfant de la femme elle-même enfant, dans une tentative d'auto-engendrement et de séparation avec sa propre mère.

La venue d'une grossesse et d'un enfant pourrait alors représenter un levier thérapeutique pour certaines femmes toxicomanes. L'enfant peut représenter un nouveau départ (Haesevoets, 2008). Il en serait de même pour les hommes.

2.2. Désir d'enfant chez l'homme

Selon les auteurs et notamment Bydlowski (1989), l'homme serait d'abord préoccupé narcissiquement par l'intégrité de sa puissance et de ses fonctions sexuelles. Le désir et la conception d'enfant aurait alors une fonction de réassurance contre l'angoisse de castration (réactivée justement par ce contexte) et de consolidation de son « intégrité narcissique ». Le désir d'enfant vient également réactiver le conflit œdipien avec le devenir père en lieu et place du père et sa charge de culpabilité angoissante. La réactualisation et la réalisation des fantasmes incestueux peuvent alors venir fragiliser et mettre à mal le processus de paternalité. Le désir d'enfant implique également des composantes homosexuelles de l'Œdipe négatif. Le désir d'enfant répondra aussi au désir narcissique d'immortalité à travers les fantasmes de filiation et

de transmission. Enfin, le désir d'enfant vient solliciter et révéler la composante féminine-maternelle de l'homme issue de l'identification primaire à sa mère qui peut entrer en résonnance autant qu'en conflit avec celle de sa compagne.

3. REORGANISATION DU COUPLE : DE LA CONJUGALITE A LA PARENTALITE

Chaque sujet occupe, à priori, dans le couple la fonction d'amant avant celles de parent. Avec l'arrivée d'un enfant et notamment lors de la première grossesse du couple, l'espace-couple s'ouvre et s'agrandit en même temps que la sécurité identitaire de conjoints et d'amants est déstabilisée. « L'articulation couple-famille correspond à la reproduction narcissique de l'altérité d'un autre de soi et de l'autre, différent de ses deux géniteurs, qui trouve et prend place dans l'espace auparavant occupé à deux » (Garcia, 2008 : 138). La présence (psychique) de ce tiers crée un nouvel espace qui transcende le couple et détermine une nouvelle configuration qu'est la parentalité (Garcia, 2008). L'arrivée de cet enfant et cette nouvelle parentalité représentent néanmoins une crise majeure pour le couple. En effet, le devenir parent vient remettre en jeu la propre histoire de chacun des membres du couple parental avec la reviviscence des conflits infantiles, la régression, les identifications à la mère et/ou au père et les confronte ainsi à des angoisses et des éprouvés archaïques, ceux de l'enfant en eux. Le tiers que représente l'enfant vient nécessairement interroger le couple parental qui s'est lui-même constitué sur des alliances inconscientes organisatrices et défensives avec fonctions de contenance, de symbolisation, de réparation, de confortation narcissique et pulsionnelle et de maintenance d'une relation au désir (Garcia, 2011). Ainsi, la parentalité va être colorée par ce qui préexistait dans le couple amoureux autant que par l'histoire de chacun de ses membres.

Lorsque la transition vers la parentalité se fait sans trop d'encombres, le couple est soumis à différentes « épreuves » qui accompagnent la construction d'une triade symbolisante : dans un premier temps la dyade mère-bébé avec la libido maternelle centrée sur le bébé et exclusion du père qui doit laisser la place à la « censure de l'amante » (Braunschweig et Fain, 1975) permettant d'intégrer le bébé en tant que fruit de la sexualité du couple parental et non comme partenaire de la mère. Cela concourt également à la construction de la scène primitive dans le psychisme de l'enfant par introduction et reconnaissance du tiers paternel par la mère.

La scène familiale peut cependant venir rejouer ou répéter des souffrances et des conflits antérieurs que chaque membre du couple avait pu mettre à distance dans le lien à l'autre au sein du couple. Chacun des parents va également rejouer avec son enfant ses conflits infantiles qui, s'ils n'ont pas pu être élaborés auparavant, peuvent conduire à des troubles des interactions ou

du développement de l'enfant. Cela serait d'autant plus problématique lorsque la construction du couple repose essentiellement sur des bases archaïques, indifférenciées et traumatiques où la complémentarité et le réétyage ne peuvent fonctionner entre les deux partenaires. Les deux parents risquent alors de s'allier contre ce qui vient déstabiliser leur alliance : leurs enfants, puisqu'ils ne peuvent s'appuyer l'un sur l'autre pour pallier les difficultés de chacun (Aubertel, 2012). Smadja (2011) ajoute que l'exclusion de l'enfant peut être liée à un fonctionnement conjugal parental en effet symbiotico-fusionnel ou menacé par sa destructivité mais aussi par une culpabilité œdipienne commune aux deux parents consécutive à la création « transgressive » d'un enfant qui ravive les fantasmes de scène primitive et de castration des deux parents. Inversement, l'enfant et la parentalité peuvent être idéalisés au détriment du couple conjugal lorsque le couple érotique ne peut être réinvesti. C'est une équipe parentale qui prédomine désormais. Enfin, l'enfant peut être le fondement du couple où la parentalité est « comblante » contrairement à la relation amoureuse délaissée car vécue comme trop dangereuse. L'enfant occupe ainsi un rôle de tiers séparateur entre les deux parents amants (Ibid.).

L'enfant est ainsi objet d'investissement et support de projections, d'identifications et de rôles et fonctions de la part de chacun des parents séparément mais également du couple. Il existe dans l'espace psychique de chacun ainsi qu'au sein de la psyché conjugale. Des alliances inconscientes vont également voir le jour entre les parents et leur(s) enfant(s), comme lors de l'établissement du couple conjugal, et vont avoir des incidences économiques, dynamiques et topiques au sein de ce nouvel espace familial autant que dans la psyché de chacun de ses membres. Cela aura également un impact sur les relations conjugales nécessairement réaménagées au regard du couple parental.

3.1.Place de l'enfant au sein d'un couple toxicomane

L'on a déjà exposé le fait que la dynamique conjugale toxicomane était marquée par l'indifférenciation sexuelle, l'investissement du toxique comme mythe fondateur du couple et la structure conjugale en triade (Guéguen & al., 2016). Qu'en est-il alors de la place de l'enfant au sein de la triade préexistant avec le toxique ? L'arrivée du bébé peut venir réintroduire violemment la différence des sexes niée jusqu'à lors de par les consommations de drogues. Elle peut alors induire une profonde désorganisation du couple (Soulignac et Croquette-Krokar, 2003). Guéguen et al. (2016) mettent en évidence une confusion des rôles parentaux chez les sujets qui s'inscrit dans la continuité de l'indifférenciation sexuelle. Les caractéristiques relationnelles du couple entrent également en résonance avec la résurgence des problématiques psychiques individuelles ayant conduit à la toxicomanie. Néanmoins, Cantos-

Jeronne et al. (2008) ont observé, dans le cas de couples sous TSO sans consommations annexes, une « inter-surveillance douce » entre les deux partenaires, avec reconnaissance des responsabilités.

4. LA PARENTALITE

Le désir, la conception puis l'arrivée d'un enfant sollicitent, chez chacun des (devenant) parents, un ensemble de remaniements psychiques pour investir le bébé (travail de la libido) et s'y attacher. Cela correspond à la parentalité qui renvoie au processus de maternalité chez la mère et de paternalité chez le père. Stoléru (1989) ajoute néanmoins que la maternalité peut être partiellement exercée par le père, de même que la paternalité peut être partiellement assumée par la mère. Cela a trait à la bisexualité psychique. La parentalité doit finalement permettre d'assurer le bon développement psychoaffectif de l'enfant en références à la « mère suffisamment bonne » (Winnicott, 1956) et son équivalent chez le père.

Le processus de parentalité débute dès la grossesse et est nettement soutenu par les interactions, qu'elles soient biologiques, symboliques (alliances et filiations), comportementales (échanges corporels et sensoriels), affectives (vécus émotionnels circulant entre parents et bébé et réciproquement, « accordage affectif » (Stern, 1989)) ou fantasmatiques (renvoient à la relation psychique inconsciente entre parents et enfant où coexistent enfants imaginaire, fantasmatique et réel) (Lamour & Lebovici, 1991). En effet, Lebovici (2001, cité in Solis-Ponton, 2001) définit la « parentalité comme le produit de la parenté et aussi le fruit de la parentalisation des parents [...]. Si les parents n'ont pas travaillé leur désir d'enfant, le nouveau-né va revendiquer sa fonction de parentaliser et peut-être va-t-il être amené à affronter le refus de ses parents. ». Ce processus inclut dès lors le narcissisme primaire. Le devenir parent sollicite également l'histoire des futurs parents et entraîne la reviviscence de conflits infantiles archaïques et œdipiens. Les expériences antérieures, les modalités d'éducation et les modèles parentaux sont intériorisés et constituent des identifications qui vont largement influencer le devenir parents.

La parentalité relève en effet de la transmission intergénérationnelle qui comprend les contenus conscients et inconscients que les parents transmettent à leur enfant sous la forme de ce que Lebovici (1998) appelle « mandat familial ou transgénérationnel ». L'enfant est ainsi soumis à ce contrat qu'il va intégrer dans sa trajectoire de vie. Cette transmission se réalise à partir des trois générations qui composent une famille. La transmission intergénérationnelle permet à chaque membre de la famille de trouver et d'occuper sa place dans son sexe et sa génération. Elle constitue le fil conducteur qui va de la filiation, système d'alliances à partir de

l'héritage du lignage et des biens, à l'affiliation, processus qui permet la transmission de la culture d'appartenance et des valeurs, autorisant alors les identifications multiples et croisées, à travers les soins et le bain de langage associé que l'entourage familial prodigue au nouveau-né. La transmission s'avère parfois pathologique, se déroulant à l'insu des sujets. Il s'agit de la transmission transgénérationnelle. La parentalité, de par les interactions qui la soutiennent, est également génératrice de remaniements des modalités relationnelles du sujet avec l'objet : l'enfant dans sa double composante narcissique et objectale (œdipienne), le couple dans sa relation spéculaire et complémentaire, et le sujet lui-même dans une évolution constante de son identité et dans son rapport aux objets.

Le processus de parentalité se compose de trois éléments. L'exercice de la parentalité renvoie à l'identité de la parentalité à un niveau symbolique. Il est lié à la définition précise des liens de parenté par le groupe social et la société. La place de chaque individu dans la société est ainsi un ensemble organisé. Les liens de parenté correspondent à un ensemble généalogique auquel appartient chaque membre et qui est régi par des règles de transmission. Le groupe social transcende l'individu. La parentalité s'exerce dans le cadre spécifique de l'organisation sociale définie par la société. L'expérience de la parentalité renvoie aux fonctions de la parentalité et est qualifiée de cette façon : « l'expérience subjective consciente et inconsciente du fait de devenir parent et de remplir les rôles parentaux comporte de nombreux aspects (...) regroupés sous deux rubriques : le désir d'enfant et la transition vers la parentalité ou parentification » (Houzel, 1999 : 133). La parentification, concept de Stoléru (1989) est l'ensemble des processus psychiques (et affectifs) qui se déroulent chez un individu qui devient père ou mère. C'est le niveau auquel se joue la relation imaginaire et affective du parent avec son enfant, son conjoint, ses propres parents. La pratique de la parentalité renvoie aux qualités de la parentalité et correspond « aux tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de leur enfant » (Houzel, 1999 : 151). Il s'agit donc des soins parentaux physiques et psychiques et de l'éducation. La parentalité est également encadrée par les deux interdits fondamentaux du parricide (et matricide) et de l'inceste.

Les facteurs influençant la parentalité sont multiples. Ils relèvent de l'état somatique du bébé, de la santé psychique du père et de la mère, de la disponibilité et de la sécurité affective de la mère et de la présence du père. Ces facteurs peuvent également relever de la présence d'événements traumatiques non élaborés fragilisant les parents ou encore de facteurs socio-anthropologiques que sont notamment les transformations sociales (déclin du mariage, recompositions familiales, homoparentalité, nouvelles techniques de procréation) qui mettent à

mal l'illusion d'un droit naturel de la filiation et entraînent plus d'appels au droit réparateur (Delion, 2007).

Nous allons maintenant aborder plus spécifiquement le processus de maternalité, nous conduisant jusqu'aux interactions précoces et à la place des problématiques (inconscientes) maternelles dans les troubles des conduites instinctuelles des bébés. Nous évoquerons ensuite la paternalité et notamment les fonctions paternelles du père auprès de la mère et de l'enfant qui nous intéressent particulièrement dans le cadre de cette étude. Enfin, nous étudierons une thématique spécifique qu'est le traitement de substitution aux opiacés (TSO) comme soutien au devenir parent chez les femmes toxicomanes.

4.1. La maternité et le devenir mère : prolongement de l'état psychique de la grossesse, régression et réactualisation des conflits infantiles

Dans le prolongement de la grossesse, chaque phase de la maternité s'accompagne d'une régression de la mère au stade du développement du bébé (oral, anal, ...) (Benedek, 1959 ; Kreisler & Cramer, 1981, 1985a). Cela entraîne la répétition de processus intrapsychiques qui remontent à la relation mère-enfant avec sa propre mère. Ces traces de l'infantile correspondent à des traces sensorielles, des représentations retravaillées par les effets de l'après-coup, des constructions imaginaires fondées sur les imagos parentales de la petite enfance, des résidus de l'identification à la mère originaire dont la fonction a été introjectée et dont les avatars ont été sources d'idéaux. La régression, par le retour de l'état de plénitude antérieur, réactive les expériences infantiles d'avidité, de satisfaction, et de frustration, d'image maternelle aimante ou menaçante et de l'enfant comme destructeur ou menacé. La jeune mère revit avec son bébé, le plaisir et les douleurs de sa propre petite enfance. Cela permet, dans le meilleur des cas, une maturation de la mère, de ses identifications et de ses mouvements œdipiens (Benedek, 1959 ; Kreisler & Cramer, 1981, 1985a). La régression favorise également l'identification au nourrisson grâce notamment à la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956).

4.1.1. La réactualisation du conflit narcissico-objectal

Cet état est d'abord narcissique (Freud, 1914). En effet, en raison du retour de l'identification à la fonction maternelle de la mère et de l'union narcissique des premiers temps de vie de l'enfant, va être remise en route pour la femme devenu mère, la relation homosexuelle primaire en double (Roussillon, 2004). La mère s'identifie à une image idéalisée d'elle enfant, qui aurait été l'objet d'amour total de ses parents. Elle s'occupe alors de l'enfant comme elle

aurait voulu être aimée, et son narcissisme est gratifié par les réactions que suscitent ses soins. « Le dévouement maternel est une activité fondée sur un plaisir narcissique » (Anzieu-Premmeur, 2011 : 1468). « Ainsi pris dans les réminiscences de sa sexualité infantile, perverse et polymorphe, l'adulte vit le lien au bébé dans une recherche de satisfaction, grâce à la mise en jeu de ses processus primaires. Cet état engendre des réactions passionnelles chez les femmes toxicomanes (Thomas, 2006) observables dans la prise en charge parent-bébé » (Rouveau, 2013 : 421). L'économie narcissique est cependant remaniée dans la mesure où la parentalité est source de gratification narcissique par identification aux parents, à leur puissance et aux autres qualités attribuées par le futur parent à ses propres parents. Ce temps de narcissisme évolue ensuite, dans le meilleur des cas, vers l'objectalité, que ce soit du côté de la mère ou du côté de l'enfant (Racamier, 1979). La recherche de fusion, de complétude narcissique repérée chez les sujets toxicomanes pourrait alors perdurer, en l'absence de remaniements psychiques favorisés par la maternalité, perturbant la différenciation avec le maintien du lien passionnel (Guyomard, 2009). La capacité de la mère à donner et à recevoir de son enfant est également affectée par la confiance qu'elle a elle-même incorporé au cours des interactions précoces et par ses premières identifications à sa mère. Comme pendant la grossesse, les carences maternelles précoces très souvent repérées chez les sujets toxicomanes viennent questionner les capacités des mères toxicomanes et/ou sous TSO à donner et recevoir de leur enfant.

Le narcissisme est également mis à rude épreuve puisque « le fait de dépendre de l'existence d'un enfant, c'est-à-dire d'un objet, pour accéder à la condition de parent, est une blessure pour les formes les plus primitives du narcissisme » (Stoléru, 1989 : 119). Les soins prodigués à l'enfant valorisant impliquent également le renoncement à des satisfactions narcissiques élémentaires (avoir une nuit de sommeil ininterrompue) ou plus élaborées (investissement ou promotion au travail, impact, pour les femmes, de la grossesse sur leur corps, leur image corporelle et leur désirabilité). La femme a donc à contre-investir la violence pulsionnelle de ses propres mouvements d'autoconservation (« violence fondamentale » (Bergeret, 2010)), son envie de faire disparaître cet enfant tyrannique, pour continuer à prodiguer de la tendresse. La réponse de l'enfant et de l'environnement est nécessaire pour rassurer narcissiquement la mère. L'enfant est toujours source de haine pour la mère dans la mesure où il envahit son espace intime (Winnicott, 1947). La haine et la colère maternelles doivent être reconnues et acceptées pour permettre le plaisir dans le maternage. La reconnaissance et la verbalisation de la haine pourraient s'avérer plus complexes chez les femmes toxicomanes en proie à la culpabilité liée au syndrome de sevrage néonatal. En effet la

haine maternelle peut être directement incarnée, hors symbolique, à travers les effets potentiellement mortifères du produit sur l'enfant.

4.1.2. *Interactions précoces et problématiques maternelles*

4.1.2.1. *Le bébé support des projections maternelles et parentales*

La réactualisation des expériences et conflits infantiles de la mère, induite par la régression, va trouver à s'exprimer dans les interactions précoces. Celles-ci sont à la fois comportementales (directes, « réelles »), affectives et fantasmatiques (Kreisler & Cramer, 1981 ; 1985a). Nous ne développerons pas ici la question des interactions réelles qui ne sont pas au centre de nos questionnements. En effet, nous portons notre intérêt sur les processus intrapsychiques en jeu dans la maternalité chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO et ce notamment dans la relation à leur enfant. Il s'agit pour nous de se centrer sur leurs représentations, fantasmes, images, affects à l'égard de leur enfant, de leurs relations ou encore d'elles en tant que mères, en tant que reflets des problématiques, conflits, modalités relationnelles et processus en jeu. Les interactions fantasmatiques retiendront ainsi notre attention puisqu'elles correspondent aux « caractéristiques des investissements réciproques, ainsi que celles de projections et identifications réciproques ». Autrement dit, « une identification projective de la mère sur l'enfant agit sur ce dernier, entraînant une réaction, soit de refus, soit au contraire d'introjection consentante » (Kreisler & Cramer, 1985/2004a : 1939) et réciproquement les mouvements identificatoires projectifs du bébé agissent sur la mère. Elles relativisent ainsi l'impact de l'interaction réelle : « en effet, une interaction réelle, manifestée par des activités de sollicitudes exagérées par exemple, peut bien recouvrir une interaction fantasmatique inverse faite de souhaits de morts. » (Ibid. : 1939).

Benedek avait déjà introduit dès 1959 le terme de « symbiose émotionnelle » qui « illustre l'interaction réciproque entre la mère et l'enfant qui, au travers des processus d'introjection-identification », crée un changement structurel dans chacun des participants » (Benedek, 1959 : 9). L'auteur faisait l'hypothèse que « parallèlement aux expériences qui conduisent à l'établissement de la confiance chez l'enfant, la mère, en introjectant l'expérience d'un maternage réussi, conforte sa confiance dans sa « maternalité » » (Ibid. : 11). « C'est [d'ailleurs] à partir des expériences gratifiantes de maternage, nourries par l'épanouissement de l'enfant, que la mère conforte sa confiance dans sa maternalité » (Ibid. : 13). Cette assurance conforte l'estime de soi de la mère qui tend vers son idéal, être une « bonne mère » et devient donc une source de narcissisme secondaire et de confiance en soi. La maternité facilite ainsi l'accomplissement du développement psychosexuel et une nouvelle intégration de sa

personnalité. Ces processus transactionnels entre la mère et l'enfant, s'ils sont « négatifs » vont avoir des effets délétères sur les relations précoces et le développement de l'enfant. En effet, « l'enfant frustré frustre sa mère ; il induit par là une régression chez la mère, ce qui intensifie les composantes agressives de ses besoins réceptifs (puisque régression au stade oral) » (Ibid. : 13). L'agression va finalement être dirigée par le nourrisson vers son self et vers la mère et chez la mère vers le bébé et vers sa propre mère. Par identification à ces deux objets, l'agressivité va finalement être également dirigée contre elle.

La capacité à être mère suppose alors la répétition et l'élaboration des conflits oraux primaires avec sa propre mère. En effet, la mère ne peut alors éprouver la folie maternelle « normale » que si elle est en mesure de contenir ses propres pulsions. Cette violence pulsionnelle pourrait s'exprimer sur un versant agi chez les femmes dépendantes. Nous avons en effet vu qu'il s'agissait d'une caractéristique du fonctionnement économique des addictions (Houssier, 2012 cité dans Rouveau & Pommier, 2014). Le père pourrait avoir fonction de limiter la folie maternelle en contenant les angoisses de la mère et en offrant d'autres satisfactions. Il prépare la séparation et limite le danger de passivation qui menace l'individuation du bébé. Par ailleurs, si les cris et les pleurs du bébé viennent raviver des angoisses liées à des conflits oraux avec sa propre mère, la mère peut redevenir la « mère mauvaise et frustrante » de l'enfant comme elle avait été elle-même le « bébé mauvais et frustrant » de sa mère. Cela aboutit à l'introjection, par l'enfant, d'objets de représentations du moi porteurs d'éléments chargés d'émotions agressives. Le noyau ambivalent est donc implanté dans l'organisation psychique de l'enfant. D'autres femmes encore désireront un lien narcissique éternel avec un enfant objet partiel qu'elles posséderont et maîtriseront, ne pouvant le considérer comme un être d'altérité avec ses besoins propres. Ces différents éléments interfèrent avec les processus intégratifs qui font de la maternalité une phase de développement.

Les interactions fantasmatiques permettent finalement de définir la qualité de relation d'objet et des relations qui la sous-tendent. Les provocations fantasmatiques déclenchées par le bébé sur sa mère sont plus riches au début de la vie car l'enfant en grandissant, va témoigner de sa propre vie fantasmatique et de son activité de pensée en agissant et en anticipant. Le nourrisson, du fait de son psychisme immature, va ainsi représenter un support majeur pour les projections maternelles. Celles-ci ayant trait aux propres conflits et fantasmes maternels réactualisés du fait de la régression induite par la grossesse puis la naissance du bébé.

Ces processus psychiques ne sont pas spécifiques à la mère, ils concernent également le père du bébé.

Les représentations et fantasmes que les parents entretiennent sur eux-mêmes, sur leurs propres parents, sur leurs idéaux et leurs peurs, sur leurs origines vont également déterminer des « scénarios imaginaires ». Ceux-ci correspondent aux interprétations subjectives faites par les parents sur les relations qu'ils entretiennent avec leur enfant. Le nouveau-né va venir réveiller ces scénarios dans lesquels il va être intégré et auxquels il va être soumis. La transmission des projections et de l'inconscient parental se fait par l'intermédiaire des attitudes et du langage au cours des interactions précoces.

Le bébé est ainsi alimenté par les images de ce qu'il est aux yeux de ses parents, de ce qu'il devrait être et de la façon dont ses parents se perçoivent en relation avec lui. Le modèle de relations parents-enfant fantasmé par les parents oriente la version, l'image que le bébé élabore de ce qu'est un bébé en fonction de « l'épinglage d'identité des parents » (Aulagnier, 1975 citée par Brazelton & Cramer, 1991 : 21) et de ce qu'est un parent. Secondairement, cela participe à la formation du désir d'être parent.

Les parents retrouvent ainsi dans chaque enfant les projections de leurs propres conflits incorporés dans l'enfant (Benedek, 1959 ; Brazelton & Cramer, 1991) « mais aussi la promesse de leurs espoirs et de leurs ambitions » (Brazelton & Cramer, 1991 : 23). Le bébé est perçu comme dépositaire des idéaux et comme relais des attachements anciens, ce qui permet son investissement narcissique et libidinal par ses parents. Le parent doit donc à la fois assumer son propre conflit et aider l'enfant à réussir son développement. « La naissance offre [alors] une nouvelle chance à l'histoire ancienne des parents de se remettre en scène » (Brazelton & Cramer, 1991 : 20). Cela peut entraîner l'accomplissement d'un niveau d'intégration plus mature chez le parent, par résolution des conflits ou bien des manifestations pathologiques dans les relations mère-enfant ou dans le développement de l'enfant.

En effet, les parents externalisent en projetant de manière identificatoire leur propre narcissisme infantile sur leur bébé, mais ils projettent aussi, à leur insu, des parties d'eux-mêmes, enfant, plus négatives ou conflictuelles, ou des parties d'imagos parentales, elles-mêmes conflictuelles. C'est ce que J. Manzano et F. Palacio-Espasa ont appelé : « L'ombre de soi des parents projetée sur l'enfant ou l'ombre de l'objet des parents projetée sur l'enfant » » (Breil & al., 2010 : 150). Les troubles repérés dans les conduites instinctuelles des nourrissons peuvent dès lors venir signifier les problématiques maternelles inconscientes. En effet, « dans la relation mère-enfant précoce, la pression des mouvements inconscients de la mère a un indice d'expressivité comportementale beaucoup plus élevé qu'ultérieurement. [...] l'inconscient maternel tend à se matérialiser dans le commerce avec l'enfant, et cela, au niveau du corps de ce dernier. C'est comme si le corps de l'enfant devenait lieu d'expression plastique des conflits

inconscients de la mère. » (Kreisler & Cramer, 1985/2004a : 1940). Ainsi, « pour qui s'intéresse à la pathologie du nouveau-né et du nourrisson, il apparaît que maints troubles précoces sont en rapport direct avec les aléas de l'investissement du bébé par sa mère dans l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se déroulent autour de la « maternalité », pour reprendre l'expression de Racamier. » (Ibid. : 1943).

4.1.3. Les troubles des conduites instinctuelles du bébé comme miroir des problématiques inconscientes de la mère

Cramer et Palacio (1993) vont approfondir la question des projections parentales sur l'enfant et Cramer va proposer le concept de « matérialisation » qui rend compte du fait que l'enfant peut incarner dans son corps ou ses comportements, les éléments et les conflits intrapsychiques de sa mère. Du fait de la relation fusionnelle-anaclitique de la dyade mère-enfant du début de vie, il apparaît en effet que ce sont le plus souvent les conflits psychiques maternels qui s'expriment à travers les comportements ou somatisations de l'enfant. Les comportements de l'enfant viennent figurer, dramatiser les thématiques fantasmatiques exprimées par le discours maternel (verbal, affectif et non-verbal). « La séquence symptomatique [dans l'interaction et chez l'enfant] renvoyant à un conflit relationnel équivalent dans l'histoire infantile de la mère. » (Kreisler & Cramer, 1985/2004a : 1941). Le devenir de ces projections va dépendre du degré de refoulement et de clivage de ces contenus psychiques, du renforcement de ces projections par des « matérialisations » chez l'enfant et/ou des attitudes agies de la mère qui tendent à les confirmer. Il faut également préciser que l'existence de projections parentales n'est pas pathologique en soi mais au contraire « normal » et nécessaire à l'établissement des interactions précoces et au développement de la subjectivité de l'enfant. Palacio-Esapasa et al. (1999) considèrent qu'il s'agit plus d'identifications projectives que de projections, et qu'elles font partie du processus de parentalité autant que de la construction des liens parents-enfant. Enfin, cela va dépendre de la capacité du bébé à démentir ou valider ces projections (Kreisler & Cramer, 1981, 1985a & b).

C'est là que les capacités innées du bébé vont avoir un rôle particulièrement décisif. Cela peut en effet participer à une modification des projections pour une interaction plus harmonieuse. Ces capacités et compétences du bébé corroborent l'idée que celui-ci est actif dans les interactions précoces avec ses parents, qu'il est un partenaire à part entière de la relation, et qu'il s'agit donc d'échanges réciproques. L'idée principale des développementalistes est que les comportements et réactions du bébé et des parents s'influencent mutuellement. Cela correspond à l'« accordage émotionnel » de Stern (1985) qui

renvoie à la transmission d'affects entre la mère et l'enfant et permet de concevoir comment les micro-comportements dyadiques servent d'ancrage à l'interaction fantasmatique (Brazelton & Cramer, 1991). Pour la mère, les réactions et les réponses immédiates du bébé opèrent comme des renforcements gratifiants et comme une confirmation de ses compétences. Cela accroît sa confiance et guide son comportement. Ainsi, selon Kris (1975, cité in Brazelton & Cramer, 1991), la prédiction concernant les conduites maternelles liées au poids de la psychopathologie dont la mère est porteuse peut se trouver démentie lorsque l'enfant est gratifiant et la rend heureuse. En revanche, les modes d'expression des bébés pour rendre compte de leur vie émotionnelle peuvent parfois être perturbants pour les mères et affecter l'interaction et l'adaptation des parents, ce qui engendre des troubles dans les interactions précoces. Par exemple, l'absence de réponse du bébé accroît l'angoisse des parents qui risquent d'augmenter la stimulation. L'excitation trop importante pour le bébé entraîne un repli sur lui, narcissique (Brazelton & Cramer, 1991). La dépression maternelle ou une attitude de rejet de l'enfant par sa mère peuvent ainsi découler de l'irritabilité ou du manque de consolabilité du bébé qui ne fait qu'accroître les difficultés initiales (Brazelton, 1961 ; Lebovici & Stoléru, 1983). A l'inverse, une signification erronée donnée aux pleurs du bébé relève des projections de la mère et vient « empiéter » sur le bébé ne permettant pas d'être attentif et de répondre à ses besoins.

Le soutien du père auprès de la mère et sa position tierce au sein de la dyade mère-bébé, peuvent également permettre une modification, une limitation ou un démenti des projections pathologiques maternelles et de leur matérialisation dans le corps ou à travers le comportement de l'enfant.

Les troubles du sommeil et alimentaires du nourrisson et du bébé, entre autres troubles des conduites instinctuelles du nourrisson, peuvent alors se comprendre à la lumière des problématiques anaclitiques et œdipiennes des parents, et de leurs projections sur l'enfant (Breil & al., 2010).

a. Les troubles du sommeil du bébé : défaut de pare-excitation maternel et angoisse de séparation

En effet, les troubles du sommeil de l'enfant trouveraient leur origine dans une faillite ou un excès du pare-excitation maternel, un défaut d'intrication pulsionnelle, et ainsi une impossibilité de la mère à accomplir sa fonction de « gardien du sommeil » du bébé (Breil & al., 2010 ; Kreisler et al., 1974). Cela nécessiterait de favoriser son propre désinvestissement

par l'enfant notamment en soutenant la construction de représentations psychiques lui permettant de supporter son absence.

Fain (Fain & Braunschweig, 1975) va ensuite développer sa compréhension de l'insomnie précoce du nourrisson autour du bercement opératoire. Selon lui, les mères de bébés insomniaques sont dans un bercement constant. Celui-ci empêche tout développement des processus hallucinatoires, des autoérotismes et prend le rôle du « gardien du sommeil ». Le bercement est articulé au concept de néo-besoin développé par Fain et Braunschweig (1975). Ce dernier met au premier plan l'apaisement, autrement dit la suppression d'une excitation par un objet réel, et rend compte du phénomène addictif tel qu'on le retrouve dans la toxicomanie.

Les troubles du sommeil du bébé sont également compris en termes de problématique et d'angoisse de séparation de la part du bébé et/ou de la mère (ou du père) où certains modes de réponses maternelles, liées aux problématiques de ces mères, empêchent l'établissement des capacités d'auto-apaisement et d'endormissement du bébé. Les angoisses mortifères dominent, et le sommeil, en tant que désinvestissement, est assimilé à une perte irrémédiable. L'on note très fréquemment, que cette angoisse massive de séparation révélée par les troubles du sommeil du bébé est associée à une incapacité à supporter les pleurs du nourrisson. Ceux-ci sont en effet interprétés comme l'expression d'une souffrance qui fait écho à leur propre vécu infantile.

La dépression maternelle peut également être source de troubles de l'endormissement du bébé. Celui-ci ne peut s'autoriser à s'absenter puisqu'il est ce qui anime la mère qui risque alors de disparaître (Breil & al., 2010 ; Guedeney & Kreisler, 1987 ; Guedeney, 1989 ; Kreisler & al., 1974).

b. L'allaitement et « la fantasmatisation des liquides »

L'allaitement est, quant à lui, une situation qui rassemble de manière naturelle les composantes essentielles de l'interaction mère-nouveau-né. La variabilité interindividuelle du bébé concernant sa façon de téter aura un impact sur la mère, et le vécu maternel se reflétera par la suite dans la manière de donner le biberon ou le sein. L'on repère également des composantes interactives non spécifiques à la situation de nourrissage comme les regards et les sourires. Un autre élément tout aussi important à prendre compte relève des fantasmes maternels inconscients. En effet, la mère « dans son apport liquidien, transmet autant de fantasmes, de désirs, de défenses, que de lait » (Parat, 1999 : 135). La façon de donner le sein ou le biberon tient ainsi aux fantasmes de la mère. Ces derniers vont dès lors influencer l'interaction et l'allaitement (Lebovici & Stoléro, 1983). Les fantasmes en jeu peuvent notamment avoir trait à des angoisses de fusion, d'engloutissement ou de dépendance par prolongement de la relation

symbiotique et de la fusion mère-bébé ou à la reviviscence d'une avidité cannibalique dévorante, vampirique et menaçante (Blin & al., 2007). Dans le registre d'un sein plus « anal » (où l'enfant peut occuper la place d'un objet partiel anal), c'est la question de la maîtrise qui est en jeu (Parat, 1999, 2007, 2009). Enfin, le bébé peut, dans une valence phallique de l'allaitement, occuper la place du substitut phallique. L'allaitement prendra alors, selon l'organisation psychique de la mère, le sens d'un déni de la séparation ou le sens d'une réparation. Le sevrage prendra alors une signification également différente entraînant un risque de dépression lorsque la castration renvoie à une impossible perte, ou bien sera élaboré sur des modes sublimatoires. L'enfant est également celui du père œdipien, ce qui peut être source de la réactivation de fantasmes incestueux. (Blin & al., 2007 ; Parat, 1999, 2007, 2009).

Des troubles des conduites alimentaires du bébé et/ou dans les interactions mère-bébé, notamment au moment du nourrissage, peuvent ainsi être directement en rapport avec ces angoisses archaïques et œdipiennes comme si la mère risquait d'être débordée, effractée par l'ampleur des reviviscences pulsionnelles infantiles. Le biberon pourrait alors avoir fonction de pare-excitation, pour certaines mères, face au risque de débordement induit par la résurgence de fantasmes archaïques et le rapproché incestueux. Par ailleurs, les pathologies de l'allaitement révèlent les défaillances de l'objet interne maternel et les organisations précaires des auto-érotismes, pouvant aboutir à des formes d'allaitement addictif où l'accrochage sensoriel à l'objet externe domine (Parat, 1999, 2007). L'on repère ainsi les prémisses de la dépendance dans ces formes d'allaitement que Parat (1999, 2007) articule également avec le bercement addictif décrit par Fain dans l'insomnie du nourrisson (1971).

Il y a ainsi nécessité d'une inhibition partielle de l'érogénéité du sein « mais sans tomber dans l'excès inverse d'un contre-investissement massif et d'une désérotisation excessive qui serait à même de transformer la relation mère-bébé en un désert sensuel préjudiciable à la transformation de l'excitation brute en complexité pulsionnelle » (Parat, 2009 : 52). L'allaitement ne doit cependant pas occuper le rôle d'une satisfaction érotique directe menaçant d'une érotisation excessive l'allaitement et la relation mère-bébé. Il y a nécessité à trouver un équilibre avec un apport tendrement érotique qui peut dès lors être psychiquement nourricier pour le bébé (Parat, 1999).

Ces deux problématiques (sommeil et allaitement/alimentation) mettent ainsi en jeu des éléments restés en souffrance chez les sujets toxicomanes et pourraient donc représenter des voies privilégiées d'expression des problématiques non élaborées, en jeu chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO.

Nous l'avons vu, le bébé est support de transfert et de projection. Il provoque des effets complexes chez la mère et expérimente en même temps des situations affectives, toniques, qui organisent les modalités initiales de la relation objectale. Ce qu'il éprouve, de même que ses prémices de représentations, interviennent en retour sur le déroulement de la vie psychique de la mère. Les interactions fantasmatiques impliquent donc une influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et du bébé (Lebovici & Stoléru, 1983). Par ailleurs, l'histoire et les fantasmes des parents déterminent leurs capacités à être façonnés et à répondre aux comportements du bébé. Ils influencent également la capacité à accueillir ces comportements, à les interpréter, et ainsi à répondre de façon adéquate au bébé (Brazelton & Cramer, 1991).

4.1.4. Une nécessaire séparation

Le maternel rassemble les identifications primaires, la fusion mais implique aussi la capacité de se séparer. Ainsi, « le maternel consiste à pouvoir jouer sur les registres de la fusion et de l'investissement narcissique tout en tolérant les deuils toujours à refaire au cours des séparations répétées qui construisent l'histoire du sujet » (Anzieu-Premmeur, 2011 : 1468), autant pour l'enfant que pour la mère. La mère doit pouvoir accepter et supporter d'être laissée, voire rejetée par l'enfant qui devient de plus en plus autonome et indépendant. C'est toujours dans le sevrage, prototype de la perte, et dans la perte de l'objet que naît le désir. C'est aussi ce qui permet que l'espace tendre maternel puisse advenir en tant que lieu d'accueil et de contenance. La capacité de la mère à laisser son enfant se séparer et s'autonomiser traduit un remaniement psychique profond que l'on peut attribuer au processus de maternalité. La mère doit ainsi pouvoir faire face et composer avec la réactualisation de ses angoisses et conflits infantiles, ainsi que de sa pulsionnalité, en les élaborant dans la construction d'une nouvelle organisation psychique.

Le sevrage et la perte viennent réactualiser la problématique de séparation de la jeune mère toxicomane qui pourrait s'exprimer, si elle n'a pu être élaborée au cours de la grossesse, à travers des troubles de la séparation chez elle et chez l'enfant. Par ailleurs, les premiers temps de vie de l'enfant marqués par la fusion et la dépendance totale à sa mère viennent justement également questionner la problématique de dépendance. Comment, en effet, la mère toxicomane ou sous TSO, elle-même dans une dépendance à l'objet, aménage-t-elle sa propre dépendance à son enfant et la dépendance de ce dernier à son égard ?

Ainsi, ce que vit l'enfant dans son développement psychique est également ce que vit la mère dans le sien propre.

4.2. La paternalité

Les travaux sur les relations précoces mère-enfant sont extrêmement fournis comparativement à ceux sur les dimensions précoces de la paternité et des fonctions et rôles du père au sein de la relation précoce. Cependant, nous l'avons évoqué dans notre problématique, il semble de plus en plus difficile de penser la dyade mère-enfant sans référence au père. Ainsi, Green (2005 ; 2008) souligne que la relation primitive entre la mère et l'enfant ne peut qu'être considérée que dans son rapport au père.

4.2.1. Le processus de paternalité

Comme pour la « devenant mère », la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant sont sources de remaniements psychiques intenses chez l'homme qui doivent lui permettre de devenir père. En écho au processus de maternalité défini par Racamier (1979) chez les femmes devenant mères, les auteurs parlent de processus de paternalité chez les hommes qui deviennent pères. Ces deux notions s'inscrivent dans les processus de parentalité (Benedek, 1959 ; Lebovici, cité dans Solis-Ponton, 2001) et de parentification (Stoléru, 1989).

Le processus de paternalité se définit comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qu'impliquent le désir d'enfant, le désir de paternité, la grossesse, la naissance et le développement de l'enfant. En cela, la paternalité représente également une crise identitaire et narcissique maturative pour l'homme devant permettre l'ajustement au développement de l'enfant (Moreau, 2001 ; Lamour, 2013). Comme pour la femme, le devenir père, dès l'annonce de la grossesse et encore après la naissance de l'enfant, va remettre en jeu les conflits infantiles ainsi que des mouvements identificatoires aux figures paternelles et à sa propre mère. L'identification à son propre père en tant que géniteur, père, amant et porteur des valeurs culturelles, doit permettre de contre-investir la jalousie et l'envie à l'égard de l'enfant et à l'égard de sa compagne qui porte l'enfant. Cette identification garantirait ainsi son propre narcissisme et l'investissement narcissique de son enfant. Par ailleurs, le devenant père, par identification à sa propre mère et du fait de la bisexualité psychique, va projeter sa propre partie maternelle idéalisée dans sa compagne (Bouchard-Godard, citée dans Lamour, 2013). Il s'identifie également au bébé par régression. Le devenir père va réactualiser des conflits identitaires masculin/féminin et des angoisses de régression au noyau archaïque d'identité

féminine, des angoisses de castration œdipienne mais également précœdipienne (incapacité à enfanter) ainsi que la confrontation à la passivité (Vasconcellos, 2003).

Le futur père expérimente ainsi également un temps de régression psychique, de retrouvailles de son enfance et de sa position infantile. Les modèles parentaux et surtout paternels, les expériences antérieures et les modalités d'éducation participent grandement au devenir père à partir des représentations que les futurs pères s'en font et des identifications associées. En fonction, de ce temps passé, le devenant père pourra (ou non) s'y appuyer pour construire et investir sa paternité. Comme pour la mère, la résurgence de traumatismes précoces peut conduire à des troubles de la paternalité (évitement de la paternité, répétition de maltraitances ou de carences, décompensation d'une pathologie psychiatrique dont la problématique addictive ou la dépression). Des manifestations des remaniements psychiques peuvent néanmoins apparaître chez les futurs pères de façon transitoire sans que cela relève de la pathologie. Il s'agit notamment de troubles psychosomatiques mineurs, d'actings (bagarres, fugues, peurs) et de perturbation de l'activité sexuelle que l'on peut notamment mettre en lien avec la reviviscence de fantasmes œdipiens incestueux, avec des angoisses quant à leur masculinité révélant le conflit identitaire masculin/féminin (Lamour, 2013) ou encore avec le fantasme d'une compagne-mère vécue comme castratrice, toute-puissante et dangereuse en lien avec l'imgo maternelle (Vasconcellos, 2003).

L'accès à la paternité suppose également des deuils successifs : deuil de ne pas être une femme, de ne pas pouvoir enfanter, de la bisexualité psychique, de l'enfant que l'on a cru être et que l'on aurait aimé être, de la toute-puissance infantile et des parents idéalisés du roman familial. Ainsi, le processus de paternité peut représenter un véritable risque pour l'identité et l'intégrité psychique de certains hommes chez qui l'on note des assises narcissiques fragiles, une identité sexuée insuffisamment stabilisée et un défaut d'identifications primaires et/ou secondaires (Moreau, 2001). Par ailleurs, une grossesse vécue comme imposée ou une grossesse accidentelle de leur compagne accroît l'ambivalence à l'égard de la paternité (Grégoire, 2010).

Le processus de paternalité implique ensuite l'existence d'une relation et d'une représentation d'un enfant imaginaire, favorisées par les échographies notamment mais également par des échanges vocaux, tactiles et par les relations sexuelles avec sa compagne (Moreau, 2001 ; Lamour, 2013). Cela participe au fantasme de filiation. Le futur enfant est ainsi héritier de l'histoire du sujet, individuelle et transgénérationnelle, porteur de désirs et de craintes. L'enfant n'est donc pas uniquement influencé que par les fantasmes maternels mais également par les fantasmes paternels qui perdurent après la naissance. Il est ainsi également

soumis aux projections paternelles, notamment dans le cadre des interactions précoces (Lamour, 2013).

Les liens affectifs élaborés avec le bébé imaginaire vont participer à la constitution des liens avec le bébé réel si celui-ci ne diffère pas trop du précédent (bébé imaginaire). Une différence trop importante peut entraîner déception ou surprise et plaisir. Néanmoins, un bébé réel qui ne répondrait pas aux attentes peut faire l'objet, comme pour la mère, de sentiments négatifs ou hostiles. Les mouvements d'identifications au bébé et son investissement sont alors mis à mal et peuvent perturber les premiers échanges. Le processus de paternalité doit ainsi inclure une véritable « adoption » du bébé réel par le père, qui fait sien cet enfant. Cela est d'autant plus important que le futur père est toujours dans le doute de sa filiation génétique avec l'enfant. L'élaboration de ce doute constitue le fondement de la mise en route des réinvestissements libidinaux (Moreau, 2001). Lorsque cette « adoption » est impossible, l'enfant reste étranger sans possibilité d'établissement du lien de filiation. Cela peut conduire à un évitement de l'enfant et au risque de la pérennisation de la relation fusionnelle mère-bébé, ou bien le bébé peut devenir persécuteur (Lamour, 2013).

Quand cela se passe sans trop d'encombres, le bébé est dans un premier temps investi dans la fusion, la confusion père-bébé et la proximité permettant d'évoquer une « préoccupation paternelle primaire » en écho à la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956). Néanmoins, le père va rapidement devoir s'adapter à la dyade mère-bébé avec toujours le risque d'une rivalité avec le bébé ou avec sa compagne dans une confusion des places paternelles et maternelles (Smadja, 2011). Ces problématiques paternelles s'inscrivent dans un temps de la grossesse qui n'a pas permis l'élaboration de problématiques infantiles de perte et/ou narcissiques (Lamour, 2013).

4.2.2. La parentalisation et la paternalisation

Dans le cadre d'une conception triadique mère-père-bébé du début de la vie psychique où mère, père et bébé interagissent et s'influencent mutuellement (ajustements réciproques et interactions fantasmatisques), Lamour et Lebovici (1991) conceptualisent la paternalité comme co-construction familiale au sein des interactions triadiques. Les deux auteurs introduisent également la notion de « parentalisation » et de « paternalisation » en ce qui concerne le père. La « parentalisation » a été définie comme l'influence positive (création ou renforcement) exercée par une personne (intersubjectif) sur le sentiment qu'à la mère/le père d'être parent (intrasubjectif). La paternalisation influe sur le sentiment de compétence du père. Elle est à

l'œuvre dans la triade et dans les sous-systèmes dyadiques. La mère et le bébé contribuent à faire de l'homme un père : le bébé paternalise son père dans le cadre des interactions dyadiques père-nourrisson ; la mère contrôle l'accès du père au bébé et favorise le développement de la paternalité chez son conjoint, dans le cadre de la relation coparentale, elle-même influencée par la relation conjugale. De son côté, le père soutiendra sa compagne dans la maternalité. En effet, il faut que la femme soit reconnue et acceptée dans son rôle de mère par le père de l'enfant, sans quoi elle reste « fille-mère » (Le Camus, 2002). Ainsi, Lamour (2013) évoque une « parentalisation réciproque ». Il est entendu que les trois dyades qui intègrent les composantes comportementales, affectives et fantasmatiques sont différenciées et interdépendantes au sein de ce que Lamour (Ibid.) nomme le « nid triadique » de contenance psychique. Celui-ci est déjà préparé, anticipé pendant la grossesse avec le partage par les parents de représentations « d'être à trois ». Par ailleurs, les interrelations entre couple parental et couple conjugal ne seraient pas perçues de façon identique par les pères et par les mères. Ils seraient plus en interaction chez l'homme. Enfin, les interactions directes grands-parents et père vont aussi influencer la mise en place de la paternalité et participent à la paternalisation (Ibid.).

4.2.3. *Fonctions paternelles et développement psychoaffectif de l'enfant*

L'on distingue classiquement trois pères : le réel, le symbolique et l'imaginaire. Le père réel est le géniteur mais n'intervient pas sur les scènes du symbolique et de l'imaginaire. Le père symbolique est représentant et gardien de la loi (symbolique) notamment avec les interdits de l'inceste et du parricide. Cette loi ne peut faire référence que dans la mesure où la parole du père est relayée par celle de la mère et dans la mesure où elle reconnaît son désir pour lui (tiers). Enfin, le père imaginaire est celui du roman familial, le père idéal auquel chacun peut se référer et se confronter. Il est également important de s'intéresser à la place qu'occupe le père de la mère pour cette dernière et qui préexiste et donne la dimension œdipienne à la relation à l'enfant.

La fonction paternelle est d'abord séparatrice et médiatrice de la séparation, incluant la tiercéité virtuelle puis la tiercéité dans la réalité. La tiercéité virtuelle rend compte de ce que l'on nomme couramment « la présence du père dans la tête de la mère » et qui introduit d'emblée le bébé à la triangulation symbolique. Les soins et les fonctions maternels portent normalement les traces du propre père (œdipien) intériorisé de la mère et celles du père de l'enfant. La tiercéité réelle implique la perception du père dans la réalité perceptive du bébé. La place du père pour le bébé est discriminée, ressentie comme différente avant d'être perçue : « Un point

essentiel nous paraît être de considérer que si le sujet ne peut différencier les objets mère et père, il peut sans doute très tôt percevoir la différence de leur pulsionnalité du fait de relations corporelles, sensorielles, psychiques différentes. C'est dans cette perspective que s'inscrirait la perception dès le début du père par l'infans, non pas reconnu comme tel, mais dans une différence, précurseur des triangulations précoces » (Gérard, 2013 : 1621). Le « père du début » serait ainsi incarné, sensoriel, pulsionnel et pas simplement un rival, un substitut de la mère dans son rôle maternant ou encore uniquement un père symbolique. En ce sens, Delourmel (2013) et Gérard (2013) considèrent ainsi que la relation avec ce père du début de la vie psychique conditionnerait également l'élaboration des symbolisations primaires organisatrices du moi corporel, prises dans la relation affective avec l'objet, organisant les premières différenciations dedans/dehors, contenant/contenu, bon/mauvais. Ces symbolisations primaires permettront l'élaboration des premières triangulations.

Green (2005 ; 2008) ajoute que le père est d'emblée présent dans la scène de la dyade mère-enfant en tant qu'observateur et incarnant une position antisexuelle. Le regard du père représenterait ainsi selon lui le tiers limitant. Le regard du père apparaît d'autant plus important que la situation dyadique mère-enfant, rassemblant des relations en miroir, doit elle-même être reflétée par quelqu'un en-dehors de cette dyade, de façon à étayer la capacité de présenter à l'enfant un reflet de sa propre position dans ses interactions relationnelles (Fonagy et Target, 1997).

Le père occupe une fonction contenante à l'égard de la mère et de la dyade mère-enfant. Il assure des fonctions de soutien, de maternage de la mère, de protection de celle-ci dans l'unité qu'elle forme avec le nourrisson. Il peut également suppléer cette dernière de par ses propres aptitudes maternantes.

Le tiers paternel implique la séparation mais également une compensation comme un autre être à aimer et par qui être aimé en divisant l'investissement au moment de la « censure de l'amante » de Fain et Braunschweig, (1975). Le père permettrait à l'enfant de traverser cette épreuve « en jouant un rôle de séparateur, en s'offrant comme compensation pour la perte de l'autre, en acceptant d'être la cible d'importants mouvements agressifs à son égard » (Green, 2008 : 32). Le tiers est rejeté puisqu'il implique le renoncement à la relation fusionnelle. Le père introduit dès lors également l'enfant au monde social.

Le père séparateur est aussi le père pare-excitant face à une mère séductrice qui éveille les sens de l'enfant. Il a alors un rôle de protection de l'enfant et de la mère face à la « folie maternelle ». Le père protège tout à la fois le bébé de la pulsionnalité de la mère mais également la mère de la pulsionnalité du bébé. La « censure de l'amante » prend ici tout son sens en tant

que protection de l'enfant contre la jouissance de la mère. Par ailleurs, le père en tant qu'amant de la mère participe également à la confrontation à l'Autre de la mère, à l'ouverture à la tiercéité et à la scène primitive et à l'avènement de la future triangulation œdipienne.

Le père a également fonction d'inscription de l'enfant et de la mère dans la chaîne générationnelle par l'incarnation des fonctions de temporalité et d'ouverture. Il est celui qui ordonne la descendance, donne une filiation à l'enfant et s'offre comme repère (Marty, 2003).

Le père, enfin, est également tiers interdicteur en tant que porteur des interdits organisateurs œdipiens incarnant la Loi. Leur intériorisation va concourir à la formation du Surmoi freudien. Le Surmoi peut ainsi être décrit comme réussite des identifications avec l'instance paternelle.

D'un point de vue plus développemental, le père contribue également à la socialisation précoce en termes d'adaptation active aux relations interpersonnelles, aux normes et à la construction de soi comme sujet séparé et autonome (subjectivation) (Le Camus, 2002). Il représente un partenaire spécifique de communication pour le bébé. Les relations père-bébé sont également plus marquées par la stimulation et le fait de laisser le bébé trouver seul des solutions. Le père représente ainsi un pôle exploratoire et d'apprentissage pour l'enfant et favorise la sublimation de l'agressivité du bébé à travers des jeux physiques (Tchernicheff, 2005). Ainsi, « la sensibilité du père passerait par sa capacité à soutenir l'exploration et à aider l'enfant à faire face aux émotions négatives liées à celle-ci » (Guédeney & Guédeney, 2009).

Ainsi, « le travail de paternité engage donc à un retour au travail de distinction, de différenciation, d'individuation. Il aboutit, dans le meilleur des cas, à la consolidation de l'identité sexuelle masculine ainsi qu'à la transformation des imagos parentales. La paternité permet à l'homme d'affronter son propre père et de s'acquitter de la dette de vie dont il est redevable à son égard. Cette paternité chargée de masculinité ouvre la voie à la création de nouveaux liens interrelationnels au sein du couple, il permet la constitution du lien spécifique du père à l'enfant. Ce dernier peut alors, en retour, contribuer à la création de la paternité de son père. » (Moreau, 2001 : 15).

L'accès à la paternalité peut être mis à mal lorsque la mère du bébé souffre elle-même de troubles dans sa maternalité. En revanche, si le père peut investir sa paternalité sans trop d'encombres, il peut s'avérer être un soutien pour la mère et pour le développement psychoaffectif de l'enfant par protection de ce dernier qui va alors expérimenter des interactions extrêmement différentes avec son père et sa mère.

4.2.4. *Toxicomanie et paternité*

Concernant plus spécifiquement les hommes toxicomanes, lorsque le fait d'avoir eu un père ou de ne pas en avoir eu a été une expérience traumatique, la substance et sa consommation peuvent constituer une sorte d' « anti-poison ». Devenir soi-même père peut alors raviver les conflictualités auxquelles le sujet tentait d'échapper. Le père des sujets toxicomanes est en effet très souvent perçu comme défaillant par son absence réelle ou symbolique, sa violence ou encore à travers le jugement méprisant de la mère (Grégoire, 2010). Cela ne peut qu'entraîner des difficultés d'identification paternelle, pourtant nécessaire à la construction en tant que père. Le sujet peut alors fuir ou refuser la paternité dans une volonté de différenciation. Les auteurs (Ibid.) décrivent également et à l'opposé, le poids d'images paternelles idéalisées inaccessibles (décès prématuré du père notamment) qui ne permettent pas de pouvoir le dépasser.

La relation que le futur ou jeune père entretient avec sa propre mère va également influencer son devenir père. La disqualification du père par la mère, la disqualification du sujet par sa mère en tant que père et en tant qu'adulte, le maintien dans une position infantile, de dépendance à sa mère, ou encore une parentification du sujet très tôt l'obligeant à occuper une place de « pseudo-mari » et l'empêchant de créer des relations stables avec d'autres femmes, sont des éléments qui peuvent venir perturber l'accès au statut psychique de père et renforcer, souvent, les conduites addictives (Ibid.).

Soulinac et Croquette-Krokar (2003) décrivent plusieurs cas de figure d'investissement de la paternité chez les sujets toxicodépendants. La naissance de l'enfant peut entraîner une augmentation des consommations par désorganisation du couple dont la complicité était fondée sur les pratiques addictives communes, la confusion et la non différenciation sexuelle et du fait de la résurgence des conflits psychiques individuels induits par la naissance de l'enfant. Lorsque seul le père est toxicomane, l'augmentation des consommations peut également être liée au désinvestissement du père par la mère qui va se centrer sur le bébé, représentant alors un « rival » et qui est vécu comme un abandon. Cela renforce le sentiment de disqualification du père qui n'est pas le père idéal imaginé par sa compagne et par lui-même (Grégoire, 2010). L'intense conflictualité de sa relation avec son propre père peut venir troubler voire faire barrage au devenir père, le sujet ne se percevant que comme toxique pour son enfant. Cependant, l'investissement dans la parentalité et la paternité, favorisé par la prise en charge et l'engagement dans une psychothérapie, entraîne une diminution voire un abandon total des consommations (Soulinac & Croquette-Krokar, 2003). La paternité peut représenter un rôle structurant pour construire une nouvelle identité (Xiberras & Bouzat, 1999, cités dans Guéguen

& al., 2016). Cela s'avère plus difficile lorsque l'addiction représentait un moyen d'éviter un rôle social « normalisé » auquel les ramène la paternité (Grégoire, 2010). L'on peut également faire un parallèle avec les observations de Devault et al. (2005) à propos des jeunes pères en situation de précarité chez qui l'on retrouve des éléments anamnétiques identiques à ceux des hommes toxicomanes : violence, maltraitance, abandons et ruptures multiples, absence paternelle. Les études citées par les auteurs, de même que leur propre recherche, mettent en évidence que la paternité peut être investie positivement par les jeunes pères et qu'ils peuvent se montrer aptes à s'occuper et prendre soin de leurs enfants avec un investissement effectif auprès d'eux. Etre un « bon père » représenterait un projet de vie auquel se raccrocher et l'arrivée de l'enfant, un élément déclencheur ou renforçateur du désir d'insertion sociale et de changement dans leur vie vers une plus grande responsabilisation et une plus grande stabilité identitaire. Leurs représentations en tant que père sont marquées par le désir de ne pas reproduire leur propre histoire dans une différenciation et une tentative de réparation. Ils ont alors à « inventer » leur rôle de père du fait de l'absence de modèles parentaux positifs et stables auxquels s'identifier. Devault et al. (2005) différencient cependant deux groupes de pères. Une partie (la moitié dans leur étude) est plus intensément investie dans leur paternité auprès de l'enfant et en tant que personne. Il est également question de plus d'empathie et de plus de remise en question de la part de ces pères. Par ailleurs, ces pères sont plus nombreux à être en couple avec la mère des enfants ou en bonnes relations avec elle s'ils sont séparés. Ils ont également eu leurs enfants plus tardivement. Le deuxième groupe de pères apparaît moins investi dans toutes les dimensions de la paternité et met l'accent sur les regrets, sacrifices et renoncements liés à la paternité. Par ailleurs, l'absence du père ou son faible investissement dans les soins du bébé peut également être à l'origine d'un sentiment d'abandon qui va entraîner une reprise des consommations chez la mère (Esquivel, 1994).

La venue d'un enfant représente donc une occasion de changement tant pour les mères toxicomanes que pour les pères toxicomanes.

4.3. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) porteurs d'un potentiel transformatif favorisant les réaménagements objectifs et l'accès à une parentalité plus affirmée

Après avoir exploré plus en détail les processus de maternalité et de paternalité, nous souhaitons aborder un aspect particulier retrouvé chez tous les sujets de notre présente étude. En effet, les femmes consommatrices de substances psychoactives rencontrées ont toutes recours à un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Il s'inscrit dans un suivi addictologie pour la majorité d'entre elles. Certaines continuent cependant à consommer par intermittence de l'héroïne. Il nous paraît alors important de revenir sur les implications d'un tel traitement notamment en termes de remaniements psychiques associés qui pourraient participer à un processus de maternalité « bien tempéré » et plus affirmé (Rosenblum, 2004, 2006, 2009a, 2015).

4.3.1. La demande de TSO comme réappropriation subjective et processus d'auto-transformation

Les premières politiques publiques sur les « drogues » mises en œuvre dans les années 1970, en France, visaient essentiellement l'abstinence dans le cadre des addictions. Il s'agissait de la seule possibilité de « sortie » de la toxicomanie envisagée à l'époque. La question de la réduction des risques est venue remettre en cause ce modèle. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont alors fait leur apparition, dans un premier temps, comme une sortie possible de la toxicomanie.

De nombreuses études ont montré l'efficacité, la sûreté et l'efficience des traitements de substitution aux opiacés dans le cadre de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés (héroïne, ...). Les TSO contribuent au contrôle de la dépendance (interruption du circuit de compulsion et facilitation de l'extinction du comportement conditionné par la prise répétée et prolongée d'opiacés). Ils réduisent les syndromes de sevrage³. Consommés par voie orale, leur introduction a également permis de réduire massivement le développement des infections du VIH ou de l'hépatite (Gerra & al., 2009 ; Uchtenhagen, 2011). Le taux de criminalité et de délinquance lié à la recherche de substances a diminué. Le maintien d'un travail et d'un logement serait également en hausse suite à la mise en place de ces traitements (Bell & al., 2002).

³ La buprénorphine et la méthadone ont une durée de vie dans l'organisme bien plus longue que celle de l'héroïne ce qui permet de ne prendre qu'une seule dose par jour et d'ainsi éviter les syndromes de sevrage entre deux doses d'héroïne qui fait effet très rapidement, mais sur un court laps de temps.

Les TSO ne font cependant pas l'objet d'un consensus quant à leurs fonctions. Ainsi, tant pour les professionnels que pour les patients (ex)toxicomanes, les TSO peuvent représenter un traitement en soi de la dépendance aux opiacés, un produit aux effets « normalisants », une ressource pour s'en sortir et un facteur de resocialisation. Ils peuvent être également un levier permettant l'investissement dans le soin voire dans une relation thérapeutique, ou encore une prothèse biologique temporaire ou définitive. Ils représentent parfois une drogue « légale » prescrite par un médecin et « porteuse de l'opportunité d'une restitution à soi-même, tant l'opiacé est apparu comme facteur d'un divorce d'avec leurs émotions, voire leurs sensations les plus élémentaires, désormais ré-envisagées comme restituables » (Dugarin & al., 2013 : 17).

Se pose également la question de la durée du traitement, envisager une fin ou non, en fonction de la représentation que le sujet a de la toxicomanie et du traitement : s'agit-il d'une maladie chronique nécessitant un traitement à vie comme pour un diabétique ? Le traitement est-il considéré comme une poursuite de l'addiction, ou encore comme permettant un temps de convalescence pour arriver à l'abstinence ? Cela dépend également de la représentation qu'a le patient de sa dépendance : est-elle considérée comme purement biologique ? Comme uniquement psychologique ? La consommation du toxique est-elle prédominante ou bien est-ce le rituel des prises ? Quelle place pour la pseudo-identité de « toxicomane » comme affirmation de soi ? (Dugarin & al., 2013). Enfin, cela dépend également des effets recherchés dans l'addiction : plaisir ? Automédication face à des souffrances psychiques ? Dans ce dernier cas, le TSO peut faciliter un accompagnement plurimodal (médico-psycho-social). Les sujets peuvent exprimer un réel désir de fuir la toxicomanie.

En termes psychologiques, ces programmes font l'impasse sur la problématique des toxicomanes puisqu'il s'agit de substituer un objet externe à un autre. Cependant, la substitution peut permettre, dans un premier temps, de rentrer en relation avec le patient (Jeammet, 1997 cité dans Heinrich-Leget & Jacob, 2009) et, dans un second temps, d'amener celui-ci à découvrir le plaisir lié à l'expression des pensées et à la mise en place d'une relation non liée aux enjeux inhérents à la drogue. De plus, le traitement substitutif ne produit pas les effets de jouissance ou d'anesthésie, il n'y a pas possibilité des éprouvés de complétude. Il réintroduit de la temporalité et ainsi de l'angoisse. Il permet d'appréhender la réalité sans produit, de se confronter à autrui et à des situations potentiellement conflictuelles. Le substitut permet également d'éviter la dimension obsessionnelle de la drogue (Heinrich-Leget & Jacob, 2009).

Par ailleurs, la mise en place d'un traitement de substitution se fait à la suite d'une demande du patient qui est donc partiellement pensée et qui est travaillée avec les professionnels. Cela implique un « désir » de changement ou, tout au moins, une certaine prise de conscience liée au fait de se droguer et à ses conséquences, ... C'est ainsi un « pas » vers le soin. En effet, la toxicomanie représente souvent un facteur d'identité dominant, qui écrase la subjectivité. La sortie de la toxicomanie implique ainsi, bien souvent, un changement simultané de mode de vie et d'identité. Elle s'apparente à une épreuve sociale et subjective. Les sujets mettent fin à la fois à leur mode de vie mais également à leurs relations sociales qui tournent essentiellement autour des produits. Cela implique un bouleversement massif qui constitue une première difficulté dans la réappropriation de leur identité.

La demande de traitement de substitution comme trajectoire de sortie de la toxicomanie apparaît bien souvent être le résultat de l'élaboration d'une décision et/ou le résultat d'une situation de crise personnelle ou existentielle, autrement dit un moment de souffrance physique et morale où le sujet est en proie à un sentiment de déperdition et souffre d'une menace de mort physique, psychique ou morale. Tout cela témoigne de la permanence de la faculté de jugement (Ogien, 1994, cité dans Milhet, 2006) et d'un travail de reconceptualisation de l'expérience de la drogue (Castel et al., 1992, cités dans Milhet, 2006). La sortie de la toxicomanie par le choix du TSO devient une démarche dotée d'une signification personnelle. Dès lors, elle doit être comprise comme un processus d'auto-transformation avec le désir de redevenir un sujet singulier, maître et auteur de ses actes (Milhet, 2006). Milhet (2006) insiste sur la dimension importante du lieu de soin et de la relation avec les soignants lorsque se met en place ou s'administre le traitement. Néanmoins, la situation des patients reste, autant psychiquement que socialement ou somatiquement, toujours précaire. Le traitement peut décevoir dans la mesure où il ne guérit pas et ne vient pas tout régler sur un mode idéalisé (comme la drogue auparavant). La sortie de la drogue n'est pas encore la sortie de la toxicomanie et de la dépendance. Le sujet se situe ainsi dans un entre-deux, stabilisé et désenchanté, avec le désir de pouvoir s'affranchir du traitement tout en étant retenu par la crainte du sevrage (Ibid.).

4.3.2. Le TSO comme soutien à la parentalité

Plus spécifiquement chez les femmes toxicomanes, Rosenblum (2004, 2006, 2009a, 2015) a mis en évidence la différenciation claire que ces dernières opèrent entre la période d'intoxication active et celle de la substitution. L'accent est porté sur la découverte de leur image corporelle permettant une construction identitaire plus stable qui renforce leur estime de

soi et leur permet de se positionner au sein d'une place active féminine avec la mise en place du TSO.

Par ailleurs, la substitution permet une meilleure intériorisation des étapes du devenir parent, favorisant dès lors l'accès à une parentalité plus affirmée. Rosenblum (2004, 2006, 2009 a & b, 2015) met en effet en évidence le parcours de la toxicomanie comme l'une des figures paradigmatiques illustrant les aléas de l'accession à la parentalité et les risques de désaffiliation. Il a ainsi qualifié les différents modes d'accès à la parentalité de ces mères et notamment la trajectoire spécifique de la femme toxicomane ayant accès au féminin maternel par le biais de la mise en route de la substitution.

L'auteur note également un ré-ordonnement de la chaîne des générations où les grossesses sont investies sous le sceau de la substitution. Le produit de substitution autorise un processus de ré-affiliation qui s'incarne dans le devenir mère (cela concerne également le devenir père). Il permet l'introduction d'une « fonction de parrainage » pour les futures mères (et futurs pères) auprès de l'enfant au sein d'un engagement dans une filière de soins spécifiques (Ibid., 2009 : 118).

Il évoque ainsi des modifications majeures concernant la relation avec leur enfant, la relation à soi-même et la relation à leur propre mère. Les changements dans la relation à l'enfant relèvent d'une plus grande responsabilisation, d'un accès à la culpabilité qui témoigne d'une prise de conscience douloureuse, d'un accès à la mise en place des limites et de l'autorité et à la capacité de se projeter dans l'avenir par étapes progressives. Concernant les modifications dans la relation à soi-même, elles sont marquées par une plus grande écoute de leur intériorité et de leur corps, dont elles prennent plus soin, la découverte des sensations corporelles et du plaisir associé, et la recherche des indices corporels de la féminité. Le désir d'occuper une place dans les générations est majoré ainsi que le désir de renouer les liens avec leur mère. Par ailleurs, ces femmes tentent d'intégrer la notion de temps et de durée dans leurs nouveaux modes relationnels dans la mesure où la mise en place du traitement de substitution représente une rupture entre le temps chaotique d'avant et le temps plus ordonné de la substitution.

L'auteur met également en exergue une internalisation des normes. En s'imposant des contraintes, les femmes témoignent que les normes sont bien intériorisées. En consentant à accéder aux soins, elles signeraient un accès au féminin.

Nos propres observations corroborent très clairement ces constations. Les effets transformatifs de la substitution sont déjà présents, selon nous, pendant la grossesse, notamment si le traitement de substitution a été mis en place avant que la femme ne soit enceinte. Rosenblum (2004, 2006, 2009a & b, 2015) note cependant que le rapport à la consommation

de drogues n'a pas été transformé radicalement par la prise du TSO puisque la plupart des femmes n'ont pas interrompu totalement leur consommation d'opiacés. Elles parlent de « gestion » des produits.

Le traitement de substitution favoriserait également « l'émancipation du biologique » (Ibid., 2009 : 122). La période de toxicomanie active est pensée comme une biologisation de l'identité, de la reproduction (IVG à répétition) et de la sexualité (prostitution, partenaires multiples, conduites sexuelles à risque, absence de contraception). Cette période est également pensée comme une création « physiologique » de la dichotomie de l'être, en termes d'être en manque ou pas, « d'en avoir ou pas ». L'on se situe en-deçà de la génitalité. La substitution permettrait le passage d'une substance biologique à un parrain, accompagnant par ailleurs le processus de parentalisation. « Ainsi, d'une manière contemporaine à l'accès au traitement de substitution, ces mères n'éprouvent plus l'obligation de « fonctionner » à partir d'un donné du biologique. Cette émancipation se traduit par la mise en place de relations différenciées entre les sexes par le biais d'une réappropriation des figures du féminin » (Ibid. : 122). Cela participe à une resexualisation du corps et de la pensée avec la découverte de leur image corporelle. En effet, la problématique identitaire sexuelle que l'on retrouve chez la femme toxicomane témoigne d'une déssexualisation du corps, l'investissement étant déplacé sur le toxique (Rouveau, 2013). Rosenblum (2009a, 2015) ajoute que le dépassement de la biologisation des dichotomies et l'accès à leur abord relationnel peut s'effectuer par le biais du passage par l'institution qui fait césure entre l'avant et l'après traitement. Il y a fabrication de la différence. « Il s'agit là d'un changement qualitatif, avec une entrée dans l'univers de la signification. Elles sont dorénavant, par conséquent, davantage dans la représentation d'elles-mêmes que sous le sceau aliénant du signe, tels le donné à voir ou bien le corps donné en pâture. [...] Ces femmes accèdent à une dimension intégrale de l'humain dans ce questionnement vis-à-vis de la sexualité. [...] En expérimentant l'accès à la substitution, elles nous disent percevoir que toutes les relations peuvent être vécues dans le respect des différences. Cette différence est désormais appréhendée par le truchement de la relation à l'autre, effectuant le lien entre les deux sexes. » (Rosenblum, 2009a : 123-124). Cela permet ainsi l'engagement dans la relation. Néanmoins, la mise en place du TSO provoque un « désenchantement » du monde du toxicomane (Ibid.), une désillusion importante où la culpabilité fait retour et qui peut être à la source d'éventuelles rechutes.

PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

D. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Notre première étude (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016a, 2016b) était centrée sur une tentative de compréhension de l'articulation entre remaniements psychiques propres à la grossesse et problématique addictive. Les résultats qui ont été présentés dans la première partie du présent travail ont ouvert de nouvelles interrogations. En effet, la consolidation de notre hypothèse selon laquelle la grossesse, par la présence de l'autre en soi, pouvait, chez la femme toxicomane ou sous TSO, induire une dynamique psychique mutative propre à remettre en question la relation toxicomane, nous a amené à nous questionner sur le maintien de ces réaménagements dans les relations précoces mère-enfant. Plus précisément, notre question portait sur le fait de savoir si ces réaménagements pouvaient résister à la rencontre avec l'enfant réel et œuvrer à l'élaboration de représentations maternelles favorables au processus de maternalité.

1. PROBLEMATIQUE GENERALE

Les remaniements psychiques observés lors de la grossesse chez la femme toxicomane et/ou sous TSO pourraient-ils être un indicateur prédictif fiable de la qualité du processus de maternalité ?

1.1. Justification théorique

Winnicott (1956) est le premier à avoir fait le constat du remaniement gestationnel et à avoir déterminé un lien entre l'état psychique survenant pendant la grossesse et le développement psychique du bébé avec les concepts d'hypersensibilité et de « préoccupation maternelle primaire » qui apparaissent pendant la grossesse et se poursuivent après la naissance de l'enfant. Cette idée a été développée, à la suite de Winnicott, grâce à l'étude des relations entre, d'une part, l'état psychologique de la femme et ses représentations pendant la grossesse, et, d'autre part, la qualité des interactions mère-bébé à la naissance, fondamentales pour le bon développement de la psyché de l'enfant. L'importance est donnée aux interactions fœtus-environnement et à la proto-intersubjectivité, dans la mesure où l'espace utéroplacentaire représenterait la première interface d'interactions entre le fœtus et l'environnement. Missonnier (2009) introduit dès lors la notion de Relation d'Objet Virtuel (ROV) qui définit la grossesse

comme une métamorphose progressive et interactive du devenir parent et du naître humain. « La ROV est une interface entre le « devenir parent » et le « naître humain » qui précède - et rend possible - celle de la relation parent-bébé » (Missonnier, 2009 :173). Elle « concerne l'ensemble des comportements, des affects, des représentations à l'égard de l'embryon puis du fœtus. [...] [Elle est] inscrite fantasmatiquement dans le processus de parentalité » (Bayle, 2005 : 328). Il s'agit de contenir l'enfant dans la pensée en le représentant (ainsi que son altérité) et en le formant biologiquement. Cela introduit la fonction de contenance, la ROV en est sa version prénatale. Pour le fœtus et les parents enceints, la ROV se réfère à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal.

Missonnier (2009) accorde également une importance fondamentale à l'anticipation, en lien avec l'incertitude qui marque la grossesse, la naissance et l'accueil du bébé, majorée par le suivi médicalisé de la grossesse. L'anticipation s'enracine dans le passé et le véhicule. Il s'agit toujours d'une anticipation créative qui consiste « lors d'une situation de crise, à imaginer l'avenir ; en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles » (Ionescu & al., 1997 cités par Missonnier, 2009, 65). L'anticipation permet de la souplesse par rapport à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux et par rapport à la confrontation avec les aléas du biologique. Cela est particulièrement important dans les cas d'hospitalisation ou de séparation à la naissance pour raison médicale concernant le nouveau-né. Cela est donc également à prendre en compte chez les femmes toxicomanes face au syndrome de sevrage néonatal à la naissance du bébé.

Les scénarios comportementaux, affectifs et fantasmatiques parentaux, et surtout maternels, imaginés pendant la grossesse, contribuent à organiser les interactions ultérieures, après la naissance de l'enfant (Ammaniti & al., 1991 ; Fonagy & al., 1991, Mazet & Stoléru, 1988). Il existerait également un lien entre les problématiques intrapsychiques de la mère (représentations inconscientes) et les problématiques interactionnelles mère-bébé. Candilis-Huisman (1998) a ainsi mis en évidence une corrélation entre l'état clinique et l'anamnèse de la mère, et l'état du bébé.

De nombreuses autres recherches montrent également que le monde fantasmatique de la mère pendant la grossesse (et encore après la naissance de l'enfant) influence l'investissement du nourrisson, les interactions ultérieures de la mère avec ce dernier ainsi que

son développement, dans la mesure où ils sont en continuité (Ammaniti, 1991 cité dans Ammaniti & al., 1999 ; Bayle, 2005 ; Kreisler & Cramer, 1981, 1985a ; Lebovici (1983) ; Stoléru (1985)). Les représentations maternelles pendant la grossesse constitueraient par exemple une prédiction fiable de la qualité de l'attachement au bébé à l'âge d'un an (Ammaniti & al., 1999 ; Bayle, 2005 ; Fonagy & al., 1991). Lortie et Molénat (1989) mettent également en avant, à partir des travaux de Leifer (1977), que l'attachement au fœtus pendant la grossesse est prédictif de l'adaptation future à l'enfant. Nous avons également déjà évoqué la Relation d'Objet Virtuel en tant qu' « interface entre le « devenir parent » et le « naître humain » qui précède - et rend possible - celle de la relation parent-bébé » (Missonnier, 2009 :173).

Il existe ainsi un lien entre la qualité des représentations maternelles, tant au cours de la grossesse que durant les premiers mois de vie de l'enfant, et la qualité de l'investissement de l'enfant et des interactions précoces, montrant ainsi que les représentations maternelles participent activement au développement psychoaffectif de l'enfant. Il semble donc pertinent de suivre la femme toxicomane pendant la grossesse et les mois qui suivent l'accouchement afin de favoriser l'expression secondarisée des représentations, fantasmes et conflits liés à son soi-infantile. Cela permettra ainsi de « réparer » l'enfant qu'elle a été ou tout du moins d'exhumer et, le cas échéant, d'élaborer les conflits. On peut ainsi espérer la création d'une dynamique relationnelle positive grâce à la baisse de la charge négative pouvant être liée aux représentations péjoratives actives jusque-là. Une plus grande disponibilité de la mère pour son nouveau-né à la naissance sera ainsi favorisée (Bydlowski, 1997).

1.2. Les questions issues de la problématique générale

- Quels sont les enjeux psychiques de l'expérience de maternalité, comprise comme les processus psychiques en jeu dans le devenir mère qui se prolongent au-delà de la grossesse dans les premiers mois de vie de l'enfant, chez une femme souffrant de conduites addictives ?
- Le processus de maternalité des femmes addictes est-il différent des femmes non toxicomanes ?
- Comment la jeune mère toxicomane et/ou sous TSO va-t-elle vivre la régression induite par le processus de maternalité dans les liens à l'enfant ? d'autant qu'elle va venir réactualiser les conflits et traumatismes précoces constitutifs de la problématique addictive. Comment va-t-elle rejouer ces conflits et traumatismes dans la relation avec son enfant ?

Comment va-t-elle notamment aménager la question de la dépendance dans les liens à l'enfant ?

- Quelle(s) place(s) va venir occuper le bébé réel ? Sous quelles modalités (narcissiques, objectales) va-t-il être investi par sa mère ? Vient-il simplement remplacer l'objet-drogue ? Quelles sont les conséquences sur les interactions précoces et sur le développement psychoaffectif de l'enfant ?
- Les remaniements psychiques et les réaménagements narcissico-objectaux observés pendant la grossesse vont-ils favoriser une maternalité « bien tempérée » ? Se prolongent-ils après la naissance ? Peuvent-ils être mis en échec par la confrontation avec l'enfant réel parfois culpabilisant et peu valorisant, en particulier du fait du fait du syndrome de sevrage néonatal ? Quelles sont les conséquences sur les interactions précoces et sur le développement psychoaffectif de l'enfant ?
- Quelle place le père de l'enfant va-t-il occuper auprès de la dyade mère-enfant ? Est-il pensé par la jeune mère ? Est-il présent en tant que tiers soutenant la relation et la séparation ? Est-il absent ? Quelle place joue-t-il dans la reprise ou non des consommations de la femme après la naissance du bébé ?
- Quelles places et fonctions vont venir occuper l'objet-drogue et/ou le TSO après la naissance et au cours de la première année de vie de l'enfant ?

Un certain nombre de questions qui prolongent les résultats de nos précédents travaux sont ainsi soulevées. Nous n'avons pas la prétention de répondre à toutes ces questions mais d'ouvrir à la réflexion autour du lien entre toxicomanie et périnatalité. Avoir une meilleure connaissance des remaniements potentiels durant la grossesse et les premiers mois de l'enfant devrait permettre de mieux former les professionnels confrontés à cette problématique et ainsi mieux prendre en charge les femmes enceintes toxicomanes d'un point de vue tant médical que social ou psychothérapique. Ainsi, un plus grand nombre de patientes concernées pourraient se faire accompagner dès l'annonce de la grossesse, voire dès le désir d'enfant. La stigmatisation et la peur du placement de l'enfant, liées au regard négatif des soignants, sont actuellement reconnues comme étant les freins les plus importants à la demande de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes. En facilitant les prises en charge, il serait possible d'améliorer les relations mère-enfant à venir, dont nous savons qu'elles sont dépendantes des problématiques intrapsychiques et des représentations inconscientes de la future mère, et ainsi de favoriser un « bon » développement psychoaffectif de l'enfant. Cela pourrait aussi permettre la création d'outils de dépistage permettant d'identifier les jeunes mères les plus à risque pour

ce qui concerne les troubles de la relation avec leur enfant et/ou une reprise des conduites addictives.

Avant d'aller plus avant, il est nécessaire de bien préciser que l'objet de notre recherche porte exclusivement sur les représentations et les interactions fantasmatiques en tant qu'investissements, identifications et projections réciproques entre la mère et l'enfant (Kreisler & Cramer, 1985/2004, in Lebovici & al., 1985/2004). Nous n'étudierons pas les interactions réelles mère-enfant ni le comportement de l'enfant car, bien que nous disposions de quelques données, soit recueillies lors des entretiens avec la mère au cours desquels l'enfant a, dans tous les cas, été présent, soit transmises par les professionnels accompagnant la situation, notre protocole ne visait pas une évaluation systématique de ces interactions. En effet, notre intérêt portant sur le processus de maternalité des femmes toxicomanes et/ou substituées, nous nous sommes centrée sur les scénarios imaginaires (Brazelton & Cramer, 1991) et les représentations maternelles qui sous-tendent ces interactions et les modalités d'investissement du nourrisson. Les caractéristiques psychiques (investissements, identifications, projections) d'un nourrisson ou d'un bébé ne pouvant être explorées directement, nous nous intéresserons alors au discours maternel (Brazelton & Cramer, 1991) concernant justement les interactions avec leur enfant, le comportement, le caractère ou encore les conduites instinctuelles de ce dernier (sommeil, alimentation) par lesquels l'inconscient maternel peut préférentiellement trouver à s'exprimer (Cramer & Palacio, 1993).

Notre travail, portant de la grossesse aux douze mois de l'enfant, peut ainsi s'entendre comme une étude clinique et projective de l'évolution de la dynamique psychique de la femme toxicomane et/ou substituée vers une acceptation (ou non) de l'enfant comme Autre porteur de sa propre subjectivité.

Afin d'atteindre cet objectif, nous nous attacherons à mettre en lumière les problématiques psychiques majeures en jeu chez ces sujets grâce au repérage et l'analyse des conflits psychiques, des mécanismes de défense, de la nature de l'angoisse, du monde représentationnel, des modalités relationnelles et de la qualité des limites entre monde interne et monde externe. Nous porterons particulièrement notre intérêt sur leur positionnement face à la position dépressive.

Nous emploierons à cet effet une méthodologie croisée comprenant des entretiens semi-directifs et des tests projectifs.

Notre clinique générale auprès de cette population nous a montré que chaque trajectoire dans la toxicomanie est singulière. Dès lors, et malgré l'expérience commune de la grossesse, la difficulté principale que nous avons rencontrée dans cette étude est, comme d'autres collègues (Rouveau, 2013), de pouvoir dégager une théorisation commune aux différentes histoires auxquelles nous avons été confrontée.

2. ELABORATION DES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

A partir des questions énoncées ci-dessus, nous avons élaboré six hypothèses de recherche. Les hypothèses 1 & 2 rendent compte de manière centrale de notre problématique. L'hypothèse 3 recouvre de manière plus large les enjeux psychiques de la maternité chez la femme et donc chez la femme addict. L'hypothèse 4 renvoie aux complications induites par le syndrome de sevrage. L'hypothèse 5 introduit le père dans la dynamique psychique de la dyade posée alors comme triade. Enfin l'hypothèse 6 est davantage d'ordre méthodologique, elle cherche à rendre compte de l'intérêt des tests projectifs dans l'exploration de la problématique addictive.

Hypothèse 1 : Chez la femme toxicomane, la construction d'un espace psychique maternel contenant et l'instauration de schèmes différenciés avec le bébé durant la grossesse, sont des facteurs de « protection » quant à l'investissement de l'enfant de la réalité en tant que sujet différencié, reconnu dans son altérité et dans ses besoins propres.

En effet, il existe une continuité entre l'état psychique de la future mère dont les fantasmes et représentations maternels, pendant la grossesse et après la naissance. Le fœtus va d'abord être investi narcissiquement pour progressivement être différencié et anticipé comme un être d'altérité afin de préparer à la séparation de l'accouchement et à la rencontre d'un autre en post-natal. La construction d'un espace psychique maternel et l'instauration de schèmes différenciés avec le bébé durant la grossesse soutiennent ainsi une anticipation de l'altérité de l'enfant virtuel et rendent compte de l'établissement d'une contenance et d'une relation prénatale qui précèdent et rendent possible la contenance et la relation mère-enfant en post-natal. Le processus psychique évolutif qui a lieu pendant la grossesse dont la constitution des représentations de l'enfant à naître, identifié et différencié dans sa réalité organique, corporelle et dans son identité « psychique » (Bayle (2005) parle d'identité « psychosocioculturelle » pour éviter toute confusion) ainsi que l'établissement d'une relation anténatale prépare ainsi à l'objectalité. L'existence d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec

le fœtus, objet de représentations, anticipé, et reconnu comme un être d'altérité, va, notamment, grandement participer à l'établissement de relations mère-bébé harmonieuses et équilibrées.

L'existence de cet espace psychique maternel laisse penser que les remaniements psychiques induits par la grossesse, notamment en termes de conflit narcissico-objectal, ont pu s'opérer et s'élaborer chez la future mère toxicomane et/ou sous TSO, permettant ainsi l'investissement et l'anticipation de l'enfant à naître. Cela souligne également la possibilité de s'inscrire dans l'aire transitionnelle puisque « le virtuel fonctionne entre réalité matérielle et réalité psychique, entre soi et l'autre, dans l'espace transitionnel » (Faure-Pragier, 2003). Malgré tout, « le constat de continuité de la période entre le prénatal et le post natal ne doit pas faire oublier ce moment de rupture qu'est l'accouchement » (Bayle, 2005 : 358).

Hypothèse 2 : Le maintien d'une préoccupation forte pour l'objet-drogue durant la grossesse est un facteur de vulnérabilité quant à l'investissement de l'enfant de la réalité en tant que sujet différencié, reconnu dans son altérité et dans ses besoins propres. Il pourrait alors venir se suppléer à l'objet-drogue dans un investissement narcissique ou bien être désinvesti.

En effet, il existe une continuité entre l'état psychique de la future mère dont les fantasmes et représentations maternels, pendant la grossesse et après la naissance. L'envahissement du psychisme maternel par ses propres problématiques pendant la grossesse, notamment une centration sur l'objet-drogue, risque d'empêcher de penser et d'anticiper l'enfant à naître. L'investissement narcissique du début de grossesse (et du début de vie) pourrait alors perdurer dans une non reconnaissance de l'altérité de l'enfant après la naissance. L'enfant pourrait alors venir remplacer l'objet-drogue. Au contraire, l'enfant et son altérité pourraient être éprouvés comme menaçants, à la fois pendant la grossesse et après la naissance, risquant d'induire un désinvestissement massif et/ou des risques de maltraitance. L'envahissement de l'espace psychique maternel par la question du produit laisse par ailleurs penser que les remaniements psychiques propres à la grossesse n'ont pu s'élaborer chez ces futures mères toxicomanes et/ou sous TSO et qu'ils représentent une menace pour l'intégrité psychique et physique de la femme.

Hypothèse 3 : La maternité ouvre à de fortes potentialités d'élaboration des problématiques œdipiennes et préœdipiennes et de réorganisation psychique de la femme. Celles-ci opèrent dès la grossesse et se poursuivent dans les premiers temps de vie de l'enfant favorisant un processus de maternalité « bien tempéré » chez les mères toxicomanes et/ou sous TSO. Les conflits non élaborés pendant la grossesse peuvent cependant se prolonger avec les problématiques inconscientes maternelles qui s'expriment notamment au travers des troubles des conduites instinctuelles de l'enfant et des perturbations des interactions précoces. Néanmoins, nous faisons l'hypothèse que les processus en jeu s'articulent avec la problématique de dépendance mais ne sont pas spécifiques aux femmes addictes et peuvent ainsi se repérer chez d'autres jeunes mères non toxicomanes.

En effet, chaque phase du développement du bébé entraîne une régression de la mère à ce même stade, réactualisant les processus, conflits et éventuels traumatismes psychiques qui remontent à la relation précoce de la femme avec sa propre mère. Il s'agit notamment de la réactualisation du conflit narcissico-objectal, de la fusion narcissique, de la dépendance précoce et de l'inévitable et nécessaire séparation, tout cela sous le primat de l'oralité. Cela entraîne, comme pendant la grossesse, des remaniements psychiques qui favorisent un mouvement maturatif et intégratif dans l'organisation psychique de la jeune mère. Néanmoins, les problématiques maternelles inconscientes réactualisées et non élaborées peuvent se trouver « matérialisées » (Cramer & Palacio, 1993) dans les (troubles des) conduites de l'enfant et ainsi dans les troubles des interactions précoces. « C'est comme si le corps de l'enfant devenait lieu d'expression plastique des conflits inconscients de la mère. » (Kreisler & Cramer, 1985/2004 : 1940a).

La problématique addictive est tout particulièrement remise en jeu puisqu'elle s'articule directement avec les processus psychiques de l'oralité. Néanmoins, la réactualisation de ces derniers intervient chez toutes les jeunes mères et peut ainsi entraîner la reviviscence de conflits et problématiques archaïques refoulés ou déniés jusqu'à lors. Ceux-ci pourront être repérés à travers le discours, les représentations et les fantasmes de la jeune mère et/ou s'exprimer à travers les troubles des conduites instinctuelles et des interactions précoces.

Hypothèse 4 : Le syndrome de sevrage néonatal (SSNN) va venir perturber l'investissement du bébé par sa mère et ses représentations à son égard.

A la fois, l'enfant idéalisé ne répond pas aux attentes narcissiques de sa mère, et à la fois, la souffrance de l'enfant met au premier plan des sentiments de culpabilité, d'impuissance,

d'emprise, et de solitude chez le parent. Ces sentiments sont majorés chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO puisque le SSNN du nourrisson découle de leurs consommations pendant la grossesse. Le sentiment d'être « toxique » pour le bébé ou d'être source de souffrance pour lui peut dominer. Le bébé souffrant d'un SSNN est rarement gratifiant pour la jeune mère du fait de son irritabilité et de la difficulté pour celle-ci à le calmer. Cela fragilise encore les représentations positives de son rôle de mère. L'angoisse de perte est également majorée. Ces différents éléments peuvent venir mettre à mal la réciprocité et la circularité des échanges mère-bébé, entraîner un désinvestissement par le parent dans une accentuation de l'ambivalence ou bien générer des représentations négatives concernant l'enfant. Cela représente par ailleurs des obstacles majeurs à l'établissement de relations précoces satisfaisantes.

L'hospitalisation du bébé (et de la mère) peut être vécue comme une aliénation aux objets externes, réactualisant massivement les problématiques de dépendance de la femme toxicomane et/ou sous TSO. La jeune mère, aux prises avec ses propres problématiques, risque alors d'être moins disponible psychologiquement pour le bébé.

La reprise ou l'augmentation des consommations après la naissance, peuvent être mise en lien avec ses difficultés face au SSNN du bébé.

Hypothèse 5 : Le père de l'enfant peut soutenir ou au contraire fragiliser le processus du devenir mère.

La fonction paternelle est médiatrice de la séparation. Elle est fonction tierce entre la mère et le bébé, favorisant la fin de la fusion des premiers temps et, de ce fait, l'individuation du bébé. Cela n'est possible que si le père est présent psychologiquement pour la mère et s'il prend lui-même cette place. Le père séparateur est aussi le père pare-excitant face à une mère séductrice qui éveille les sens de l'enfant. Il protège l'enfant mais aussi la mère de la pulsionnalité. Il a également fonction de soutien de la mère dans ses capacités maternelles et dans le regard qu'elle porte sur elle-même en tant que mère.

La femme toxicomane et/ou sous TSO souffre d'une dépendance au produit très souvent associée à une dépendance affective importante à son conjoint qui peut également être son fournisseur de substances psychoactives. La relation conjugale a également un impact sur l'initiation, le maintien, le développement de problèmes liés à l'usage de substances.

L'arrivée de l'enfant constitue un véritable bouleversement dans le fonctionnement et l'équilibre psychique du couple. Nous pensons alors que l'investissement du père du bébé dans sa paternité et auprès de sa compagne, ainsi que la modification (diminution, arrêt) ou la poursuite de ses consommations, vont peser sur la confiance en elle de sa compagne en tant que

mère et sur la qualité des interactions mère-bébé. Son absence risque de laisser la jeune mère et le bébé face à une pulsionnalité immodérée et potentiellement agie et à une fusion alimentée également par l' « abandon » de la femme par son conjoint. Cela pourrait conduire à une reprise des consommations de la femme et au désinvestissement du bébé si elle-même n'est pas soutenue ou si elle a le sentiment de devoir faire un choix entre le bébé et son conjoint.

Hypothèse 6 : Les épreuves projectives vont permettre de mettre en évidence des éléments spécifiques à la problématique addictive.

Les tests projectifs (Rorschach et TAT) permettent une étude fine et approfondie du fonctionnement et de la dynamique psychique des sujets. Ils permettent ainsi de mettre en évidence différentes caractéristiques psychiques telles que les processus en jeu, les mécanismes de défenses privilégiés, les modalités d'angoisse, les modalités relationnelles, la qualité de l'investissement et de la représentation de soi, ainsi que les problématiques en jeu chez le sujet. Nous pensons alors pouvoir repérer des éléments spécifiques à la problématique addictive aux épreuves projectives. Nous pensons notamment, pouvoir mettre en évidence les défaillances narcissiques, les troubles de l'élaboration de la position dépressive et donc des modalités d'évitement de la perte ainsi que l'évitement de la relation d'objet, la porosité des limites entre monde interne et monde externe, les angoisses de séparation et/ou d'intrusion, et le surinvestissement de l'extérieur et du percept au détriment du monde interne et des représentations (mentalisation, symbolisation).

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Après la présentation de notre référentiel théorique et l'élaboration de notre problématique de recherche qui en découle, nous allons maintenant aborder la méthodologie de notre recherche. Nous reviendrons sur notre population de recherche, nos choix méthodologiques en termes de recueil et d'analyse de données ainsi que sur le cadre des rencontres avec les femmes toxicomanes en situation de maternité. Nous tenterons également de discuter les effets thérapeutiques potentiels observés de notre recherche.

E. METHODOLOGIE

1. POPULATION : FEMMES ENCEINTES TOXICOMANES ET FEMMES ENCEINTES NON TOXICOMANES

Pour répondre à nos questionnements, nous avons choisi de nous entretenir avec des femmes enceintes toxicomanes aux opiacés et/ou sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). Les raisons de ce choix seront développées par la suite. Il convient néanmoins de rappeler que les femmes toxicomanes, comme les hommes, sont, dans la plupart des cas, polytoxicomanes ou polyaddicts. Les opiacés restent cependant la drogue principale consommée parmi la population qui consulte les centres d'addictologie.

Nous avons également choisi d'intégrer à notre recherche des femmes enceintes non toxicomanes (y compris substances licites : alcool, tabac). En effet, nous nous questionnons sur la présence d'éventuelles spécificités dans les remaniements psychiques du devenir mère chez les femmes toxicomanes. Il était dès lors nécessaire de pouvoir identifier les remaniements psychiques du processus de maternalité chez des sujets « contrôles ». Notre clinique en maternité auprès de femmes enceintes et jeunes mères a également largement éclairé notre compréhension des remaniements psychiques propre au devenir mère chez les femmes en général et a également pu servir d'élément de comparaison. Enfin, l'intégration à la recherche de sujets « contrôles », ainsi que notre clinique en maternité, nous a permis une certaine mise à distance de la théorie pour aller au plus près de la clinique de la maternalité.

1.1. Femmes enceintes toxicomanes : caractéristiques de la population de recherche

1.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<i>Femmes majeures</i>	<i>Femmes mineures</i>
<p>La problématique adolescente implique de nombreux remaniements psychiques qui se surajoutent à ceux de la grossesse et de la toxicomanie. La grossesse à l'adolescence présente également des spécificités. Dans un désir de clarté de la recherche et d'homogénéisation de notre population, nous n'avons donc pas intégré de mineures à notre étude.</p> <p>De plus, la participation de mineurs à une recherche implique nécessairement le consentement des parents, ce qui peut s'avérer particulièrement difficile pour les femmes toxicomanes, souvent en rupture avec leur famille.</p> <p>Enfin, il se serait avéré encore plus difficile de rencontrer des jeunes filles mineures enceintes et toxicomanes.</p>	
<i>Addiction principale aux opiacés</i>	<i>Addiction principale aux produits licites</i>
<p>Nous avons fait le choix de nous centrer sur les femmes consommant principalement des opiacés. Ce choix est lié au fait que la cocaïne, l'héroïne et les autres produits opiacés sont les produits les plus consommés, après l'alcool et devant le cannabis, chez les patients pris en charge en Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA)) et les Unités d'Addictologie (OFDT, 2005, 2012).</p> <p>Or, nous rencontrons nos sujets d'étude par l'intermédiaire, notamment, de ces centres qui garantissaient un suivi à minima des patientes et qui pouvaient proposer un soutien psychologie si nécessaire. De plus, parmi ces trois types de toxiques (héroïne, cocaïne et autres produits opiacés), l'héroïne est largement plus consommée que la cocaïne. 80% des consommateurs de cocaïne ont, par ailleurs, également recours à des opiacés (OFDT, 2005, 2012). Les opiacés sont les seules drogues illicites dites « dures » qui font l'objet d'un traitement de substitution. Ce qui peut par ailleurs expliquer pourquoi ce type de substance est le plus retrouvé chez les sujets suivis en CSAPA ou Unité d'Addictologie (OFDT, 2005, 2012).</p> <p>Le soin dans la dépendance aux opiacés inclut ainsi le recours à un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Sa mise en place implique nécessairement, selon nous, un premier questionnement, de la part du sujet, de sa problématique toxicomane ou tout au moins de son statut de toxicomane, permis par la stabilisation globale du sujet (aux niveaux économiques, social, médical voir psychologique). Cela peut aboutir à des préalables de remaniements psychiques en lien avec la problématique toxicomane de manière globale. Ces éléments pourraient, d'après nous, favoriser un questionnement de la relation à l'objet et une tentative de remaniement du conflit narcissico-objectal pouvant déboucher sur une grossesse comme tentative de résolution des conflits internes à l'origine de la toxicomanie (Ebert, 1991 ; Franchitto & al., 2010 ; Rosenblum, 2009a & b ; Saint Fare Garnot, 1996, cité dans Esquivel, 1994 ; Taboada, 1998). A l'inverse, une grossesse « accidentelle » favorise l'investissement dans les protocoles de soins et la mise en place du TSO et/ou d'un suivi (Bazire & ; Proia-Lelouey-Lelouey, 2016 ; Nezelof & Dodane, 2010 ; Rosenblum, 2009a & b ; Simmat-Durand, 2007). Cela implique toujours une tentative de remise en question de la problématique toxicomane et de ses processus.</p>	

<p>Les femmes rencontrées, comme la plupart des sujets dépendant des opiacés, sont par ailleurs polytoxicomanes mais l'héroïne ou le TSO restent les produits principalement consommés. Nous n'avons pas souhaité inclure de patientes présentant une dépendance principale aux produits licites, notamment l'alcool, dans la mesure où les problématiques de dépendance aux produits licites et illicites nous semblent mettre en jeu, chacune, des processus spécifiques.</p>	
<p><i>Pas d'état de crise manifeste ou de décompensation psychotique manifeste</i></p>	<p><i>Etat de crise manifeste ou décompensation psychotique manifeste</i></p>
<p>En recherche, la demande se situe du côté du psychologue-chercheur. En aucun cas le protocole de recherche ne doit venir fragiliser ou effracter le psychisme des femmes rencontrées. De plus, la décompensation manifeste d'une pathologie psychiatrique, notamment la psychose, implique la mise en jeu de conflits, processus et problématiques psychiques qui se surajoutent à ceux de la toxicomanie et qui s'articulent de façon spécifique aux remaniements psychiques de la grossesse.</p> <p>Nous prenons en compte le fait que le temps de la maternalité expose les femmes à des remaniements psychiques importants. La rencontre par l'intermédiaire des maternités ou des CSAPA permet que soit posé un premier avis sur la fragilité psychique des patientes par le biais des médecins.</p>	
<p><i>Femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse (7 ou 8 mois)</i></p>	<p><i>Femmes enceintes de moins de 7 mois de grossesse</i></p>
<p>Le choix de ce moment de la grossesse pour la première rencontre sera explicité par la suite, de même que le choix des autres temps de rencontre après la naissance de l'enfant.</p>	
<p><i>Patientes maîtrisant le français</i></p>	<p><i>Patientes ne maîtrisant pas le français</i></p>
<p>Afin de ne pas mettre nos sujets en difficulté et devant l'importance du protocole de recherche (trois entretiens semi-directifs d'une heure environ chacun) et la passation de tests projectifs, nous avons estimé que les sujets rejoignant notre protocole devaient pouvoir soutenir une conversation en langue française. La maîtrise de la langue française est d'autant plus nécessaire que nous analysons les procédés du discours des patientes.</p>	

1.1.2. Caractéristiques de la population

Notre échantillon de femmes enceintes toxicomanes est constitué de six femmes consommatrices d'opiacés et/ou sous traitement de substitution aux opiacés.

Toutes les femmes que nous avons rencontrées sont de nationalité française. Elles vivent toutes à leur domicile. Aucune n'a d'enfant plus âgé placé et il n'était aucunement question d'un placement du bébé à la naissance ni encore aujourd'hui.

Une seule femme était suivie dans un cadre psychothérapeutique avant que la proposition de participer à notre recherche leur soit faite

Pseudonyme	Age (au début du protocole)	Par qui ont-elles été adressées ?
<i>Anaïs</i> ⁴	29	CSAPA
<i>Juliette</i>	21	Maternité
<i>Bérengère</i>	30	Maternité
<i>Carine</i>	31	CSAPA
<i>Sonia</i>	33	Forum Psychoactif
<i>Chloé</i>	27	CSAPA

1.1.2.1. Grossesse et antécédents

Pseudonyme	Grossesse(s) menée(s) à terme et sexe de(s) enfant(s) avant grossesse actuelle	Grossesse(s) non menée(s) à terme	Terme de la grossesse lors de la première rencontre	Grossesse désirée/programmée	Sexe du bébé attendu (et prénom)	Suivi médical pendant la grossesse
<i>Anaïs</i>	0	1 (IVG)	7 mois	Désirée mais non programmée	Masculin (James ⁵)	Oui
<i>Juliette</i>	1 garçon (2 ans)	3 (1 IMG, 2 fausses couches)	8 mois	Désirée mais non programmée	Féminin (Adèle)	Oui
<i>Bérengère</i>	1 garçon (8 ans)	3 (IVG)	8 mois	Désirée et programmée	Masculin (Léo)	Oui
<i>Carine</i>	0	0	7 mois ½	Non programmée	Féminin (Amandine)	Oui
<i>Sonia</i>	0	2 (IVG)	7 mois	Non programmée	Féminin (Emilie)	Oui
<i>Chloé</i>	0	1 (IVG)	7 mois	Désirée et programmée	Masculin (Antoine)	Oui

⁴ Les prénoms des sujets, de leurs enfants et de toute autre personne citée ont été modifiés dans le but de garantir l'anonymat et la confidentialité.

1.1.2.2. Consommations

Pseudonyme	Age du début des consommations	Consommations principales avant la grossesse	Consommations principales pendant la grossesse	Consommations principales après la grossesse
<i>Anaïs</i>	Alcool, cannabis et cocaïne à 14 ans. Héroïne à 15 ans.	Héroïne et TSO. Tabac.	TSO. Tabac.	TSO et consommations occasionnelles d'héroïne. Tabac.
<i>Juliette</i>	Héroïne et cannabis à 13 ans.	Héroïne et TSO. Tabac.	TSO et consommations occasionnelles d'héroïne. Tabac.	TSO et consommations occasionnelles d'héroïne. Tabac.
<i>Bérengère</i>	Héroïne à 22 ans, cocaïne à 15-16 ans.	TSO. Tabac.	TSO. Tabac.	TSO. Tabac.
<i>Carine</i>	Cannabis à 15-16 ans. Héroïne peu de temps après.	Héroïne, cannabis. Tabac.	Héroïne (tout début de grossesse qui n'était pas encore connue), TSO. Tabac.	TSO. Tabac.
<i>Sonia</i>	Tabac à 12-13 ans. Alcool et cannabis à 14 ans. Ecstasy et héroïne à 19-20 ans.	Héroïne, cocaïne, cannabis et alcool.	TSO, cannabis. Tabac.	TSO, cannabis et consommations occasionnelles d'héroïne. Tabac.
<i>Chloé</i>	Cocaïne, ecstasy, MDMA à 17 ans. Héroïne à 18-19 ans.	Héroïne et TSO, Tabac.	TSO. Tabac.	TSO. Tabac.

1.1.2.3. Situation sociale et conjugale

Pseudonyme	Situation conjugale	Situation professionnelle	Consommations du père du bébé
<i>Anaïs</i>	En couple avec le père du bébé.	Sans emploi	Ancien consommateur de drogues illicites. Ne consomme plus rien aujourd'hui.
<i>Juliette</i>	En couple avec le père du bébé. Séparation au cours de la première année de vie du bébé.	Sans emploi	TSO, héroïne et alcool +++
<i>Bérengère</i>	En couple avec le père du bébé.	Travaille	Non consommateur
<i>Carine</i>	En couple avec le père du bébé.	Sans emploi	TSO et héroïne
<i>Sonia</i>	En couple avec le père du bébé.	Travaille	TSO et consommations occasionnelles d'héroïne.
<i>Chloé</i>	En couple avec le père du bébé.	En reconversion professionnelle	Non consommateur.

1.2. Femmes enceintes non toxicomanes : caractéristiques de la population de la recherche

1.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<i>Femmes majeures</i>	<i>Femmes mineures</i>
<p>La problématique adolescente implique de nombreux remaniements psychiques qui se surajoutent à ceux de la grossesse et de la toxicomanie. La grossesse à l'adolescence présente également des spécificités. Dans un désir de clarté de la recherche et d'homogénéisation de notre population, nous n'avons donc pas intégré de mineures à notre étude.</p> <p>De plus, la participation de mineurs à une recherche implique nécessairement le consentement des parents, ce qui peut s'avérer particulièrement difficile pour les femmes toxicomanes, souvent en rupture avec leur famille.</p> <p>Enfin, il se serait avéré encore plus difficile de rencontrer des jeunes filles mineures enceintes et toxicomanes.</p>	

<i>Aucune addiction ou dépendance avérée</i>	<i>Dépendance à une substance ou à un comportement avérée</i>
Nous avons souhaité que les femmes enceintes « contrôle » ne présentent aucune dépendance avérée, incluant les produits licites comme le tabac ou l'alcool.	
<i>Pas d'état de crise manifeste ou de décompensation psychotique manifeste</i>	<i>Etat de crise manifeste ou décompensation psychotique manifeste</i>
<p>En recherche, la demande se situe du côté du psychologue-chercheur. En aucun cas le protocole de recherche ne doit venir fragiliser ou effracter le psychisme des femmes rencontrées. De plus, la décompensation manifeste d'une pathologie psychiatrique, notamment la psychose, implique la mise en jeu de conflits, processus et problématiques psychiques qui se surajoutent à ceux de la toxicomanie et qui s'articulent de façon spécifique aux remaniements psychiques de la grossesse.</p> <p>Nous prenons en compte que le temps de la maternité expose les femmes à des remaniements psychiques importants. La rencontre par l'intermédiaire des maternités ou des sages-femmes en libéral permet que soit posé un premier avis sur la fragilité psychique des patientes.</p>	
<i>Femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse (7 ou 8 mois)</i>	<i>Femmes enceintes de moins de 7 mois de grossesse</i>
Le choix de ce moment de la grossesse pour la première rencontre sera explicité par la suite, de même que le choix des autres temps de rencontre après la naissance de l'enfant.	
<i>Patientes maîtrisant le français</i>	<i>Patientes ne maîtrisant pas le français</i>
Afin de ne pas mettre nos sujets en difficulté et devant l'importance du protocole de recherche (trois entretiens semi-directifs d'une heure environ chacun) et la passation de tests projectifs, nous avons estimé que les sujets rejoignant notre protocole devaient pouvoir soutenir une conversation en langue française. La maîtrise de la langue française est d'autant plus nécessaire que nous analysons les procédés du discours des patientes.	

1.2.2. Caractéristiques de la population

Notre échantillon de femmes enceintes non toxicomanes est finalement constitué de deux femmes. Nous en avons au départ inclus quatre mais nous n'avons pas eu la possibilité de traiter l'ensemble des données. Aucune des femmes ne présente de dépendance à des produits ou d'addiction comportementale avérée.

Toutes les femmes que nous avons rencontrées sont de nationalité française. Elles vivent toutes à leur domicile. Aucune n'a d'enfant plus âgé placé et il n'était aucunement question d'un placement du bébé à la naissance ni encore aujourd'hui.

Aucune femme n'était suivie dans un cadre psychothérapeutique avant que la proposition de participer à notre recherche ne leur soit faite.

Pseudonyme	Age	Situation conjugale	Situation professionnelle
<i>Eléonore</i>	29	En couple avec le père du bébé	Travaille
<i>Théodora</i>	36	En couple avec le père du bébé	Travaille

Pseudonyme	Grossesse(s) menée(s) à terme et sexe de(s) enfant(s) avant grossesse actuelle	Grossesse(s) non menée(s) à terme	Terme de la grossesse lors de la première rencontre	Grossesse désirée/programmée	Sexe du bébé attendu (et prénom)	Suivi médical pendant la grossesse
<i>Eléonore</i>	0	0	8 mois de grossesse	Désirée et programmée	Masculin (Dominique)	Oui
<i>Théodora</i>	3 (1 fille de 13 ans, 2 fils de 11 et 1 an 1/2)	0	8 mois	Désirée et programmée	Masculin (Corentin)	Oui

1.3. Terrains de recherche et procédure d'accès aux sujets de la recherche

Nous travaillions depuis déjà deux ans sur la grossesse chez les femmes toxicomanes lorsque nous avons débuté cette étude. Nous avons donc déjà des liens avec plusieurs structures susceptibles d'accompagner ces patientes et qui pouvaient ainsi nous mettre en lien avec elles. Aussi, pour pouvoir rencontrer des femmes enceintes (toxicomanes ou non), nous nous sommes mise en relation avec les professionnels (chef de service, cadre de santé) des maternités de type 2-b et de type 3 et les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ou Unités d'Addictologie de Basse-Normandie. Lesdites maternités sont en mesure de prendre en charge les grossesses à risques, telles que sont caractérisées les grossesses chez des femmes toxicomanes ou sous TSO, puisqu'elles disposent d'un service de réanimation néonatal. Nous avons également pris contact avec les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne qui ont pu, par la suite, nous mettre en lien avec les sages-femmes intervenant potentiellement auprès de ce type de population. Nous

avons enfin pris contact avec des sages-femmes exerçant en libéral dans le Calvados qui avaient la possibilité de nous mettre en lien avec des femmes enceintes non toxicomanes.

Un certain nombre des structures ou services contactés nous ont informées de l'absence de cette population dans leur file active. Finalement, nous ne sommes restées en lien qu'avec une dizaine de structures ou services.

Nous souhaitions rencontrer les femmes enceintes au cours de l'année 2015. En effet, nous étions dépendantes de la temporalité du financement de notre thèse qui s'échelonne d'octobre 2014 à septembre 2017, et d'un recueil de données qui allait se dérouler sur un an et demi. Par crainte de ne pas avoir suffisamment de sujets inclus dans la recherche, nous avons élargi notre recherche de femmes enceintes toxicomanes à la Seine-Maritime et particulièrement au Havre avec qui nous étions déjà en lien pour nos précédentes recherches. Nous avons également pris contact avec plusieurs maternités de l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) particulièrement susceptibles de recevoir cette population du fait de l'existence de réseaux de prise en charge impliquant services de maternité et services d'addictologie. Enfin, nous avons soumis notre projet aux administrateurs du site internet « Psychoactif ». Ce site a vu le jour en 2006 suite au constat de l'absence de groupe de parole pour les usagers actifs leur permettant d'aborder leur gestion de la consommation, la réduction des risques, les traitements de substitution.... « Psychoactif » se définit comme une organisation d'auto-support. Les membres de l'équipe qui la gère sont ou ont été usagers de drogues, et se servent de leurs compétences acquises lors de cette expérience de vie pour répondre aux questions des visiteurs du site. L'équipe comprend également des médecins et des pharmaciens. « Psychoactif » représente aujourd'hui un acteur dans la Prévention et la Réduction des Risques en Addictologie. Ses membres ont notamment été invité, en qualité d'experts, à la première Audition publique « Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives » les 7 et 8 avril 2016. L'administratrice du forum « Paroles de femmes » du site a accepté de relayer notre recherche par l'intermédiaire du forum.

Finalement, nous avons pu inclure sept femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO. Nous n'avons pas pu mener à bien tous les entretiens avec l'une d'entre elles pour des raisons d'organisation. Deux femmes ont souhaité participer à la recherche après dépassement du délai (décembre 2016) et nous n'avons pu les inclure. Nous avons ainsi obtenu un échantillon de six femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO sur l'ensemble de la Basse-Normandie, de la

Haute-Normandie et par le biais du site « Psychoactif ». Nous avons également inclus quatre femmes enceintes non toxicomanes par le biais d'une sage-femme en libéral en Normandie. Nous n'avons analysé les entretiens que de deux d'entre elles par manque de temps et surtout dans la mesure où l'analyse des entretiens de ces deux femmes mettait déjà en évidence des constats concernant la grossesse et la maternité chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO dont nous discuterons par la suite. L'analyse des entretiens des deux autres femmes non toxicomanes n'aurait pas apporté plus d'éléments dans la compréhension de la maternité et ses processus chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO.

Concernant la prise de contact proprement dite avec les femmes enceintes, suite à un accord de principe avec les professionnels (chefs de service, médecins, infirmiers, psychologues, et sages-femmes), ceux-ci proposaient à leurs patientes enceintes toxicomanes ou substituées de participer à notre recherche en leur expliquant les tenants et aboutissants et en leur fournissant un formulaire explicatif. Après un temps de réflexion, celles-ci donnaient ou non leur accord. Dans le cas d'une réponse positive, les soignants récupéraient leurs coordonnées afin de nous les transmettre pour que nous puissions les contacter, leur réexpliquer le déroulement et les buts de la recherche, prendre rendez-vous avec elles et répondre à leurs questions si besoin. En ce qui concerne la patiente rencontrée par le biais du site « Psychoactif », c'est l'administratrice du forum « Paroles de femmes », et non un professionnel, qui a fait le lien entre nous et la future mère.

2. RECUEIL DES DONNEES : UNE METHODE LONGITUDINALE ET QUALITATIVE

2.1. Ethique, déontologie et recherche

Toute étude doit se faire selon une démarche scientifique irréprochable, dans le respect de la liberté d'action des personnes, de leur sécurité, et du principe de justice. Cela implique que le consentement libre et éclairé des personnes qui se prêtent à la recherche ne décharge pas les chercheurs de leur responsabilité morale et scientifique, comme défini par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) au sujet de l'éthique de la recherche sur l'être humain dans les sciences du comportement, et particulièrement en psychologie (Octobre 1998). Cela implique également la garantie de la confidentialité des données recueillies et de l'anonymat des sujets participants à l'étude, ainsi que le secret professionnel. Les prénoms, dates et lieux ont été modifiés à cet effet lors de la retranscription de nos entretiens. Dans une nécessité de répondre aux exigences éthiques et déontologiques encadrant la recherche, notre protocole de recherche a été soumis pour avis et validation, au Comités Consultatifs de Protection des Personnes dans la Recherche Comportementale (CCPPRC).

Ainsi, toute étude ou recherche doit respecter la liberté des personnes en terme notamment d'indépendance et d'autonomie. A cet effet, les sujets ont pris connaissance et donné leur accord pour participer à notre recherche par le biais du « consentement libre et éclairé ». Le consentement est éclairé si le sujet a été suffisamment informé, s'il a compris l'information, et s'il a eu un délai de réflexion avant de faire connaître son choix. Pour que l'information soit suffisante, la loi du 20 décembre 1988 précise qu'en tant qu'investigateur, nous faisons connaître au sujet :

- l'objectif de la recherche, sa méthodologie et sa durée,
- les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme,
- l'avis du CCPPRC.

Le consentement est libre si l'investigateur s'abstient de toute pression, coercition, ou incitation forte (argent, réussite à un examen, avantage de carrière, chantage affectif, etc.). Par ailleurs, le consentement à la recherche est révoquant. Les sujets ont été informés qu'ils pouvaient à tout moment cesser de participer, sans encourir aucune sanction ou reproche.

La recherche doit également prendre en compte le bilan avantages-risques, autrement dit se demander si les risques, contraintes ou désagréments imposés aux sujets ("coût humain") sont suffisamment justifiés par l'importance scientifique de la question posée, et par l'assurance que le protocole donne pour résoudre cette question.

Ces obligations du chercheur s'articulent avec le Code de Déontologie des psychologues de mars 1996, revu et complété en février 2012, auquel nous et notre étude se réfèrent également. Il stipule que le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable et que sa reconnaissance fonde l'action des psychologues autant que des psychologues chercheurs. Notre recherche s'inscrit dans l'observance du respect des droits de la personne, en ce qui concerne la dignité, la liberté notamment de jugement et de décision, la protection, l'autonomie, l'information. Elle implique également des compétences issues de connaissances théoriques et méthodologiques acquises lors de la formation de psychologue telle qu'elle est définie par la loi. Nous sommes ainsi formées à l'utilisation et l'analyse des tests projectifs que nous utilisons dans notre protocole de recherche. En tant que psychologue et chercheuse, nous décidons et répondons personnellement du choix et de l'application des méthodes et techniques conçues et mises en œuvre, aussi bien les entretiens que les tests projectifs, en ce qui nous concerne. Nous avons également connaissance de nos limites en termes de connaissances et de leurs implications ainsi que de nos champs de compétences. Nos dispositifs mis en œuvre répondent aux motifs de notre recherche dans le respect du but assigné initialement. Nous nous devons de respecter les principes d'intégrité et de probité.

Le Code de Déontologie des Psychologue encadre également plus spécifiquement la recherche en psychologie, reprenant notamment les obligations définies par la CCNE quant à la l'éthique de la recherche sur l'être humain dans les sciences du comportement, et particulièrement en psychologie. Notre méthodologie répond à des questionnements et des objectifs initiaux clarifiés à partir d'une connaissance approfondie de la littérature existant sur notre sujet de recherche, que nous complétons par une connaissance clinique sur le terrain. Nous nous devons aussi d'informer le sujet des résultats de la recherche et de lui faire un retour (entretien de restitution) sur les tests qu'il a passé. Nous nous enquérons également des effets de nos interventions, du vécu par le sujet des entretiens et tests en tentant de remédier aux effets éventuellement néfastes qu'aurait pu entraîner la recherche. Nous pouvons ainsi orienter les sujets vers une prise en charge psychologique si besoin par la suite.

Nous avons fait le choix de proposer au sujet, en plus du formulaire de consentement éclairé, une lettre de présentation et d'information de la recherche, comprenant notre démarche, les objectifs de la recherche, le protocole méthodologique utilisé, les modalités de déroulement de l'étude (temporalité, nombre de rencontres, durée des rencontres, ...) , et garantissant de nouveau l'anonymat et la confidentialité des données recueillies. Cela participe à l'établissement d'une relation de confiance entre le chercheur et le sujet qui conditionne par ailleurs la richesse de l'entretien et des données recueillies. Nous nous engageons également auprès des participantes à restituer la synthèse des résultats de la recherche, en plus de l'entretien de restitution des tests projectifs. Ce dernier est nécessaire d'un point de vue éthique et déontologique. Les deux formulaires sont présentés en annexe.

Pour répondre à nos questionnements, nous avons fait le choix d'une méthode qualitative et longitudinale.

2.2. Une méthode longitudinale

Le choix de la méthode longitudinale s'est imposé de lui-même dans la mesure où nous cherchons à étudier l'évolution du fonctionnement, des remaniements psychiques et des processus dynamiques, entre deux périodes de temps déterminées, de la grossesse au un an de l'enfant, chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO. Cela en nous centrant notamment sur l'analyse des représentations et du vécu maternel, des problématiques, des mécanismes de défenses, ainsi que des modalités d'angoisses et relationnelles en jeu chez ces femmes à ces différentes périodes. Il s'agit donc spécifiquement ici d'une étude de cas longitudinale qui est donc définie par le fait que les données recueillies le sont au cours de deux périodes distinctes au moins, que les sujets sont les mêmes tout au long de l'étude, les différences observées sont alors uniquement imputables à des remaniements individuels, et que l'analyse consiste à comparer les données entre les deux périodes et/ou à retracer l'évolution observée.

2.2.1. Choix des périodes de rencontres et d'administration des entretiens semi-directifs et des tests projectifs

Nous avons déterminé trois temps de rencontre avec chaque sujet de l'étude. Une première rencontre avait lieu au sept ou huit mois de grossesse, une seconde aux quatre mois du bébé et une dernière aux douze mois de l'enfant. Ces périodes spécifiques n'ont rien de fortuites. Nous nous sommes inspirée de travaux qui ont été menés sur les représentations

maternelles pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant, particulièrement ceux d'Ammaniti et al. (1990, 1999), de Bydlowski (1997, 2001) et de Fonagy et al. (1991). Les premiers auteurs déterminent le dernier trimestre et particulièrement le septième et le huitième mois comme la période où les représentations maternelles sont les plus présentes. Cela s'articule avec la temporalité de la grossesse. Le premier trimestre est marqué par l'investissement essentiellement narcissique de l'état de grossesse, les représentations concernant l'enfant à naître dans son individualité sont dès lors pauvres. Par ailleurs, le choix d'une interruption de grossesse peut être fait à cette période. Enfin, la littérature insiste sur la connaissance tardive de leur grossesse chez les femmes toxicomanes qui peuvent avoir déjà dépassé le terme des trois mois. Le second trimestre est marqué par la reconnaissance de l'autre en soi et le début de son objectalisation à travers les mouvements fœtaux et les échographies. C'est également le temps des vérifications concernant la santé du bébé. Les échographies sont morphologiques et recherchent toute anomalie éventuelle. Nous avons choisi de ne pas rencontrer les sujets dès cette période dans la mesure où l'annonce d'un doute sur le développement du bébé vient mettre en jeu des processus psychiques particuliers qui influent sur l'investissement et les représentations de l'enfant à venir. Le début du troisième trimestre est marqué par la recrudescence de représentations suite à la garantie du bon développement de l'enfant, ou tout au moins à l'absence d'anomalies congénitales, et à l'approche de l'accouchement. Nous avons évité également les rencontres après huit mois dans la mesure où les femmes toxicomanes sont plus sujettes à des accouchements prématurés.

La seconde rencontre a été fixée aux quatre mois de l'enfant à partir des travaux réalisés par Ammaniti et al. (1990, 1999) et du développement de deux outils : L'Interview des Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG) et Après la Naissance de l'Enfant (IRMAN). Les deux interviews permettent d'apprécier la stabilité (ou non) des représentations concernant l'enfant et la femme elle-même entre les derniers mois de la grossesse et la période post-natale, ainsi que la qualité des relations mère-enfant (Ammaniti & al., 1999). L'IRMAG est proposé aux sept mois de grossesse et l'IRMAN aux quatre mois de l'enfant. Nous n'avons cependant pas pu recourir à ces outils lors de notre étude puisque leur utilisation dans de précédents travaux a mis en évidence leur inadéquation pour des sujets présentant des troubles de la mentalisation. En effet, l'analyse de des deux interviews se base sur la réponse spontanée du sujet à des questions prédéterminées. Or, des sujets souffrant de troubles de la symbolisation montrent un besoin d'étayage pour pouvoir élaborer, et que l'on puisse, ainsi, accéder à leurs représentations. Par ailleurs, elles fournissent des informations sur la structure narrative du

discours mais ne permettent pas une analyse clinique fine de la dynamique psychique. Une seconde rencontre au quatrième mois de l'enfant nous apparaissait d'autant plus pertinente qu'elle laissait aux jeunes mères le temps de se remettre de l'accouchement, d'investir le domicile avec l'enfant, de prendre leurs marques en tant que mère, avec leur bébé mais également d'entamer un réaménagement des places au sein de la famille et du couple. Par ailleurs, certains nouveau-nés sont restés plusieurs semaines hospitalisées du fait de complications ou du syndrome de sevrage néonatal. Le troisième ou quatrième mois est également marqué par le début de la défusion mère-bébé et par l'éventuel retour au travail des mamans. Enfin, il nous a semblé pertinent de se revoir à cette période pour justement reprendre avec les jeunes mères le vécu de l'accouchement, des premiers temps de vie de l'enfant, de leur vécu en tant que mère et de l'instauration des relations mère-enfant. Cela a pu avoir valeur « d'après coup » favorisant une intégration et une élaboration de leur vécu avec un effet thérapeutique potentiel.

La dernière rencontre était donc proposée aux douze mois de l'enfant. Ce choix dans la temporalité s'appuie sur les travaux de Fonagy et al. (1991) qui ont mis en évidence le lien entre représentations maternelles et style d'attachement maternel pendant la grossesse et type d'attachement de l'enfant à ses un an. Nous ne nous sommes pas, pour notre part, centrées sur la théorie de l'attachement mais sur un autre champ conceptuel (psychodynamique) relatif aux interactions précoces. Néanmoins, le style d'attachement est pensé comme relatif à la qualité des interactions mère-enfant qui sont, selon nous, tributaires des représentations et fantasmes inconscients maternels. Par ailleurs, les acquisitions développementales des enfants âgés de un an mettent en jeu l'autonomisation notamment à travers l'alimentation et le développement moteur (le quatre-pattes voire la marche). Il est ainsi déjà question de la séparation psychique autant que physique, problématique en jeu chez les sujets toxicomanes.

2.3. Une méthode qualitative

La recherche qualitative, sur le plan épistémologique, vise à explorer, décrire et comprendre des phénomènes humains complexes de manière globale, proximale, directe dans une démarche interprétative (Muchielli, 2009, cité dans Imbert, 2010). Au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive inductive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes. C'est une démarche de recherche de sens à partir de données conceptuelles et théoriques définies au préalable. Nous nous situons, pour notre part, dans une compréhension psychodynamique

psychanalytique du fonctionnement et des phénomènes psychiques des sujets singuliers. Cette méthode permet également d'explorer les émotions, les sentiments des sujets, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement psychique des sujets. Il s'agit ici d'explorer et de tenter de comprendre le vécu de la maternité chez les femmes toxicomanes et les processus, remaniements et dynamiques psychiques en jeu dans la relation à l'enfant rendant compte de la maternalité et des problématiques en jeu. L'approche qualitative est d'autant plus pertinente que les facteurs observés sont subjectifs, puisqu'il s'agit du vécu et des processus psychiques en jeu, et donc difficiles à mesurer objectivement et de manière chiffrée. Tout comme la méthode quantitative, elle relève d'une même démarche avec élaboration d'un questionnaire ou hypothèse, et d'une méthode adaptée pour y répondre. La recherche quantitative, quant à elle, est basée sur une approche systématique de collecte et d'analyse de l'information obtenue à partir d'un échantillon de la population, afin de fournir des résultats valides sur le plan statistique, généralement utilisés à titre de pourcentages.

2.4. Outils utilisés

2.4.1. Méthode et recherche cliniques

La méthode clinique s'intègre dans la Psychologie Clinique, qui constitue notre référentiel théorique aussi bien dans la recherche que dans notre pratique de psychologue clinicienne, dans une visée psychodynamique et psychanalytique. Clot et Leplat (2005) rappellent la définition de la psychologie clinique de Piéron : « Science de la conduite humaine fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle de groupes. Concrète dans sa base, et complétant les méthodes expérimentales d'investigation, elle est susceptible de fonder des généralisations valables. ».

Les deux auteurs poursuivent avec les observations de Gréco (1968, cité dans Clot & Leplat, 2005) concernant plus spécifiquement la méthode clinique : « Analyser une conduite pour le psychologue clinicien, ce n'est pas la décomposer en segments et en processus élémentaires, c'est la décrire en détail et, par un jeu subtil de regroupements et de recouvrements dont les règles ne sont pas toujours fixées de façon explicite, faire apparaître une signification qui n'était directement lisible ni pour l'observateur profane ni, a fortiori, pour le sujet conscient lui-même. ». Gréco (1968, cité dans Clot & Leplat, 2005) note « deux caractéristiques fondamentales de l'approche clinique : elle est casuistique, puisqu'elle s'intéresse d'abord à des

cas individuels qui ne sont jamais rigoureusement comparables ; elle est holistique (ou globaliste), puisque ses interprétations se réfèrent à un ensemble synchronique et diachronique de conduites, et non pas aux seules relations régulières entre conduites actuelles et situations qui les provoquent ». Pour Dejours (1996, cité dans Clot & Leplat, 2005), le terme clinique désigne « une démarche partant du terrain, se déployant sur le terrain et retournant constamment au terrain ». Cette définition rend tout à fait compte de notre propre conception de la recherche en psychologie clinique.

En effet, nos questionnements initiaux découlent à la fois de nos connaissances théoriques mais aussi et surtout de nos interrogations concernant la prise en charge des femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes. Par ailleurs, nous estimons indispensable que notre recherche s'inscrive au plus près de la clinique, autrement dit du terrain décrit par Desjours. D'où l'importance à nos yeux de pouvoir exercer au plus près des sujets souffrant d'addictions et dans le domaine de la périnatalité. Nos deux cliniques se sont entrecroisées à plusieurs reprises lors de l'accompagnement de femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes dans les deux structures où nous exerçons dans le cadre de la thèse. Par ailleurs, notre intérêt est également l'obtention de données et d'éléments de compréhension des problématiques en jeu chez les femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes, dans les liens avec leurs enfants notamment, pour les articuler concrètement pour l'amélioration des prises en charge et de l'accompagnement de ces patientes.

Ainsi, la méthode clinique considère son objet d'étude dans sa globalité, et l'examine dans toute sa complexité. Elle accorde une importance particulière à la subjectivité du sujet identifié comme singulier. Un dernier élément pris en compte dans la méthode clinique est le fait que le psychologue fait partie du dispositif de recherche, impliquant donc une interaction avec l'objet étudié. C'est là que l'on peut intégrer la question du transfert et du contre-transfert ainsi que les effets potentiellement thérapeutiques de la recherche.

Fernandez et Pédielli (2006) ajoute que « la méthode « clinique » - qui s'oppose à la méthode expérimentale – est « naturaliste », se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation. La méthode clinique va ainsi produire une situation, avec une faible contrainte, pour faciliter et recueillir les productions d'une personne. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec le psychologue,

mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposées comme il le souhaite. Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretiens, observations, tests...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologiques). » (Ibid. : 41). Les principes de la méthode clinique sont donc la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits. La méthode clinique trouve son origine dans la démarche médicale. Elle tente d'en garder la rigueur tout en se centrant sur la restitution de l'individualité (Ibid.).

La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production des connaissances, certaines visant le recueil du matériel (entretien ou tests) alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie (analyse de contenu par exemple). L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique) ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories) (Ibid.).

2.4.2. L'étude de cas

L'étude de cas s'inscrit parfaitement dans cette méthodologie clinique. « Il s'agit d'une méthode qui prend pour principe la singularité d'une situation afin de cerner les mouvements qui organisent la vie psychique d'un sujet. Un cas illustre une problématique psychopathologique et sa valeur d'exemple permet au clinicien de présenter une problématique remarquable, d'exposer sa façon d'entendre ce qui est en jeu, sa façon de faire avec cette situation et au lecteur de comprendre par quel cheminement le clinicien parvient à rendre le cas intelligible. Le cas est une mise en récit, une reconstruction (...) qui montre le travail qui s'opère entre le patient et le clinicien. » (Marty, 2009 : 60).

L'étude de cas se construit en effet à partir de la rencontre entre un sujet qui se raconte et un clinicien-chercheur qui l'écoute et va produire l'étude de cas. Elle constitue un authentique travail d'analyse et de synthèse et peut s'élaborer à partir d'une clinique « armée » composée de tests, d'échelles d'évaluation ou de l'observation directe. Mais le cas est le plus souvent en psychologie clinique et en psychanalyse, présenté à partir d'une pratique clinique ou de recherche basé sur des entretiens ou encore sur des temps spécifiques ou la continuité d'une psychothérapie (Ibid.). Le clinicien-chercheur reconstruit et élabore un récit où il tente de restituer un sens et ainsi une continuité au sujet. L'étude de cas rend ainsi compte de la

subjectivité du sujet (intériorité, vécu des situations, passé, expériences de vie, vie fantasmatique, ...), de la dynamique de ses représentations et de ses processus psychiques à l'œuvre (type d'angoisse, modalités relationnelles, mécanismes de défenses, processus de pensée, fantasmatisation, rapport narcissico-objectal, Œdipe, ...) ainsi que de ses problématiques et modes de fonctionnement psychique (Pédinielli & Fernandez, 2015).

La méthode du cas est à la fois didactique puisqu'il permet une mise en scène de concepts qui prennent forme sur un mode plus ou moins dramatisé et ainsi un moyen de (re)penser la clinique et de favoriser l'échange entre cliniciens-chercheurs. Le cas fait ainsi progresser la recherche en psychologie clinique et psychodynamique et représente un support à la réflexion psychopathologique. Le cas est également porteur d'une fonction métaphorique dans la mesure où l'observation clinique devient bien souvent la métaphore du concept qu'elle illustre. Théorie et clinique s'articulent ainsi en permanence. Enfin, le cas occupe une fonction heuristique et prospective puisqu'il peut amener au développement de nouveaux questionnements, de nouvelles idées et ainsi de nouvelles perspectives théoriques. (Nasio, 2000, cité dans Marty, 2009). Stiles (2013) ajoute une fonction abductive dans la mesure où les observations nouvelles et ainsi les études de cas peuvent entraîner une modification de la théorie. L'étude de cas permet ainsi d'informer, d'illustrer un raisonnement clinique à partir du cas et ainsi d'une expérience vécue, de dégager, d'étayer et/ou de démontrer des hypothèses en rapport avec une problématique et à partir de référents théoriques explicites ou implicites. L'étude de cas implique ainsi un va et vient entre le matériel et la réflexion, entre clinique et théorie. Sa force de persuasion vient de sa référence incontournable à l'expérience personnelle, au vécu (Revault d'Allones, 2014).

L'étude de cas implique le recueil de données riches, diversifiées, subjectives et la production d'une représentation synthétique, ordonnée, explicative, qui rende compte de la subjectivité du sujet par le clinicien-chercheur. Cela en respectant les principes de totalité et de singularité du sujet (Pédinielli & Fernandez, 2015). La méthode du cas doit par ailleurs s'appuyer sur la description du cadre et du dispositif à partir duquel elle a pu être construite, s'articuler de façon créative avec la théorie et introduire le doute méthodique ainsi que l'écoute des mouvements transférentiels et contre-transférentiels (Revault d'Allones, 2014). Elle suppose également de la part du clinicien-chercheur de ne pas suggérer des réponses du patient par ses questionnements. Les données du patient, pour être valides, doivent être amenées par le sujet lui-même d'où le choix d'un entretien semi-directif dans notre recherche qui permet de questionner des thématiques spécifiques que l'on souhaite voir aborder sans induire de réponses de la part du sujet (Marty, 2009). L'écriture de l'étude de cas suppose ensuite un temps

d'analyse et d'interprétation à la lumière de référentiels théoriques clairement établis par le clinicien-chercheur, à savoir un référentiel psychologique psychodynamique pour notre part (Pédinielli & Fernandez, 2015).

Le cas ne rend bien entendu jamais complètement compte de la réalité clinique qui échappe malgré tout à toute explication qui aurait pour visée d'en donner une explication entière. Cela est également le cas en ce qui concerne la réalité physique. Il permet de saisir une vue d'ensemble de la problématique et du fonctionnement du sujet mais aussi les processus et leurs variations qui sont à l'œuvre chez différentes personnes ou catégories de personnes placées dans des situations particulières (Revault d'Allones, 2014). Il reste cependant une construction du clinicien-chercheur. Le cas est ainsi « toujours une élaboration qui reflète notre capacité actuelle de rendre compte d'un problème plutôt que l'exposé d'une solution » (Marty, 2009 : 65). L'étude de cas répond à la nécessité éprouvée par le clinicien-chercheur de se donner un cadre pour penser sur le cas (Marty, 2009).

2.4.3. L'entretien semi-directif

L'entretien clinique est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. Il nous est ainsi apparu pertinent dans le repérage d'éléments précis sur le fonctionnement psychique des sujets de recherche, la façon dont elles perçoivent et ressentent leur grossesse et leur maternité, les relations qu'elles entretiennent fantasmatiquement avec le fœtus et l'enfant, leur maternité dans leur parcours toxicomaniaque, et le respect de la singularité de chaque femme rencontrée. Notre objectif est d'évaluer ces problématiques et l'entretien semi-directif nous apparaît un outil adapté pour y parvenir.

La réalisation de l'entretien semi-directif implique la prise en compte d'un certain nombre d'éléments parmi lesquels figurent les buts de l'étude, le cadre conceptuel, les questions de recherche, la sélection du matériel empirique, les procédures méthodologiques, les ressources temporelles, personnelles et matérielles disponibles (Flick, 2007, cité dans Imbert, 2010).

En recherche, contrairement à la prise en charge thérapeutique, la demande provient du clinicien-chercheur et non du sujet.

L'entretien a fait l'objet d'une préparation méthodique et se présente sous forme d'une grille d'entretien comprenant une consigne inaugurale, claire, précise, présentant le contexte thématique et la logique de l'entretien ainsi que des relances thématiques qui ont pour but de favoriser l'expansion du discours et de permettre au sujet de revenir sur ce qu'il a dit. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur (Imbert, 2010). L'accès à un dialogue authentique nécessite, voir exige, pour le chercheur d'être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite tout en gardant la « juste distance ». La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité - authenticité, pertinence) du matériel collecté (Ibid.).

Nous proposons un entretien semi-directif à chacune des trois rencontres qui permettent d'aborder différents thèmes tels que : le désir d'enfant, le vécu de la grossesse, les représentations concernant le fœtus et l'enfant à naître, les représentations des femmes en tant que femme et (future) mère, les représentations concernant le père du bébé, leur histoire personnelle, les relations avec leurs parents passées et actuelles, l'accouchement, l'histoire des consommations et les consommations actuelles, le syndrome de sevrage néonatal, l'hospitalisation en Unité Kangourou (UK) les relations avec le bébé, ou encore les représentations concernant le bébé après la naissance. Les trois guides d'entretien sont recensés en annexe.

2.4.4. Epreuves projectives du Rorschach et du Thematic Apperception Test (TAT)

Nous avons choisi de compléter les entretiens semi-directifs par la passation des deux tests projectifs complémentaires du Rorschach et du TAT. Le but des épreuves projectives est de permettre une étude fine et approfondie du fonctionnement psychique en rendant compte de sa complexité (Anzieu & Chabert, 1961 ; Chabert, 2004). Les tests projectifs permettent de mettre en évidence des caractéristiques psychiques (processus, problématiques, mécanismes de défense, ...) non visibles dans la clinique et au cours des entretiens. Ils viennent ainsi compléter de manière plus approfondie les données recueillies par les entretiens de recherche. En effet, ces trois entretiens de recherche sont insuffisants pour saisir toutes les subtilités du fonctionnement psychique. Les tests fournissent également des données plus objectivables. Comme nous le verrons dans la discussion, des recherches actuelles ont par ailleurs tenté de

mettre en évidence certaines caractéristiques spécifiques à la problématique toxicomane, repérables au travers des épreuves projectives.

2.4.4.1. Clinique des tests projectifs

Les épreuves projectives articulent perception et projection. La perception, en termes psychanalytiques, renvoie au système défini par Freud dans sa première topique de perception-conscience. Le sujet reçoit des informations de l'extérieur et de l'intérieur qui s'inscrivent en termes de plaisir-déplaisir. La projection est définie, quant à elle, comme l' « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs voire des « objets » qu'il méconnaît ou refuse en lui » (Laplanche & Pontalis, 1967/2007). Les tests projectifs impliquent de pouvoir à la fois s'appuyer et s'ancrer dans le réel à partir de la matérialité de la planche, qui constitue alors l'inscription dans le monde environnant, et permettre une interprétation de ces perceptions en fonction des préoccupations du sujet, des modes d'aménagement des relations à lui-même et avec ses objets internes et externes, des représentations et des affects qui les traduisent. Cela est favorisé par la consigne spécifique qui implique cette articulation entre perception et projection par une double incitation. Le sujet doit exprimer, à l'aide du langage verbal, ce qui appartient à son monde intérieur à partir du matériel test, autrement dit la réalité externe. Il y a ainsi une double exigence rendant compte de l'organisation et du traitement par le sujet de son monde interne et du monde externe. Il s'agit d'explorer la façon dont le sujet peut se conformer aux limites imposées par la réalité tout en laissant place aux fantasmes, à la créativité de la pensée qui s'y attachent. Il s'agit également de repérer comment s'articulent les relations entre monde interne et monde externe. (Anzieu & Chabert, 1961 ; Chabert, 2004).

L'articulation entre perception et projection sous-tendue par les épreuves projectives vient mettre en jeu une situation transitionnelle comme définie par Winnicott (1951). Le matériel réel du test et en même temps investi de significations subjectives rendant compte des fantasmes et affects appartenant au monde interne du sujet. Le processus de réponse s'intégrerait alors dans le paradoxe winnicottien, correspondant à la création de l'objet transitionnel. (Anzieu & Chabert, 1961 ; Chabert, 2004).

La situation projective vient également mettre en jeu des phénomènes transférentiels. Le transfert est alors entendu comme « mécanisme de déplacement permettant l'expression de contenus et de procédures inconscientes à travers la médiation du matériel fourni ; et dans la

réactivation, en cours de passation, de modalités relationnelles particulières dont les références latentes sont inconscientes et généralement attachées aux imagos parentales » (Chabert, 2004/2013 : 38). L'induction de cette relation transférentielle est favorisée par les mouvements régressifs sollicités par le matériel projectif. Cela implique également son pendant chez le clinicien-chercheur, autrement dit des mouvements contre-transférentiels. Le clinicien-chercheur doit savoir que ces phénomènes existent et y rester sensible sans chercher à les identifier trop vite. Il s'agit toujours d'accorder une place à l'inconscient aussi bien dans la compréhension du fonctionnement psychique du sujet que dans la méthode de travail (Chabert, 2004) ;

Les phénomènes transférentiels et la qualité de l'investissement sont tributaires des conditions de passation des épreuves. Ainsi, cela est différent lorsqu'il s'agit d'une évaluation du fonctionnement psychique du sujet dans une perspective diagnostique à visée thérapeutique et quand il s'agit d'une demande du clinicien-chercheur en recherche en psychologie clinique et en psychopathologie. Néanmoins, la passation reste au service du sujet (Ibid.).

Le matériel projectif est à la fois concret et ambigu. Il implique toujours un contenu perceptif ou manifeste mais il est également sous-tendu par un contenu latent qui appelle la mobilisation de fantasmes et d'affects articulés à des problématiques elles-mêmes organisées par des conflits psychiques essentiels œdipiens et préœdipiens.

2.4.4.2. Épreuves projectives dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie

Les enjeux de l'utilisation des tests projectifs dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie se situent dans le désir d'explorer des modalités de fonctionnement psychique qui constituent les objets de la clinique contemporaine (problématiques « classiques » (névroses, dépressions, psychoses) et pathologies « actuelles » somatiques et du passage à l'acte (addictions, ...)) (Roques & Hurvy, 2016). Les épreuves projectives impliquent l'établissement d'un cadre clairement défini par les facteurs impliqués dans la situation projective et notamment des interactions entre le sujet et le clinicien-chercheur, médiatisées par l'objet test. Le cadre expérimental se retrouve dans le développement des procédures d'analyse et d'interprétation où l'articulation entre théorie et clinique, les références théoriques et la mise à l'épreuve des hypothèses obéissent à des règles d'analyse soutenues par la méthode empirique du recueil des données et par une réflexion métapsychologique sans cesse questionnée par la

clinique (Chabert, 2016 ; Roques & Hurvy, 2016). Chabert (2004) insiste sur le fait que les tests projectifs représentent une méthodologie précieuse en recherche dans la mesure où la situation clinique dans laquelle ils s'inscrivent est relativement stable et contrôlée. Le matériel proposé aux sujets est le même. La consigne est standardisée. Le matériel a fait l'objet d'une analyse rigoureuse qui permet d'identifier les perceptions considérées comme adéquates et de connaître les problématiques psychiques réactivées par les planches. Enfin, le système d'analyse des protocoles (grilles de cotation) permet l'obtention de données qualitatives et quantitatives. Par ailleurs, les méthodes projectives permettent de compléter l'approche qualitative de l'étude de cas, la plus souvent utilisée pour l'exploration de la dynamique psychique, en rendant réellement compte des phénomènes psychiques en jeu chez le sujet. Cela est d'autant plus pertinent que, bien souvent, le nombre de sujets d'étude reste limité en raison du cadre de la recherche en psychologie clinique (Roques & Hurvy, 2016). Le recours aux méthodes projectives dans la recherche en psychologie clinique permet finalement de mettre en évidence des constantes, des éléments communs ou des tendances générales dans la majorité des protocoles de différentes recherches et qui font écho aux théories élaborées à partir de la clinique. Le fait que plusieurs chercheurs obtiennent des conclusions semblables, malgré une méthodologie qualitative basée sur l'interprétation, permet d'en démontrer la validité. Cela est notamment mis en évidence dans le cadre de l'utilisation des méthodes projectives dans le domaine de la toxicomanie et des addictions (Roques, 2016).

2.4.4.3. Complémentarité des épreuves

Chabert (2004/2013 : 63) insiste sur le fait que « la confrontation des deux épreuves [que sont le Rorschach et le TAT] permet un affinement considérable de l'évaluation diagnostique [...] en provoquant une dynamique largement offerte par leurs matériaux qui déclenchent des expériences et des conduites psychiques dont la variété peut être exploitée par le sujet ». Les deux épreuves s'avèrent ainsi complémentaires mais elles ne sont pas identiques en termes de matériel concret et en termes de sollicitations latentes, c'est-à-dire en ce qui concerne les problématiques sollicitées. Le Rorschach, par son axe perceptif médian, sollicite davantage la représentation de soi et le TAT, par ses représentations humaines figuratives, les représentations des relations et l'inscription dans la différence des sexes et des générations. Le matériel du Rorschach est ainsi non-figuratif alors que le matériel du TAT, à travers des images, est figuratif. Les données obtenues aux deux tests projectifs s'avèrent congruentes dans des organisations psychiques stables et clairement définies (névroses, psychoses). Cela n'est cependant pas toujours le cas et l'apport des deux tests permet des diagnostics différentiels, par

exemple entre fonctionnement névrotique et fonctionnement limite (Chabert, 2004). Les deux tests s'enrichissent l'un l'autre ainsi que la compréhension du fonctionnement psychique du sujet.

2.4.4.4. Le test du Rorschach

a) Matériel

Le test du Rorschach a été inventé par Hermann Rorschach en 1920. Il s'agit d'un test constitué de 10 planches sur lesquelles sont représentées des taches d'encre. Il s'avère ainsi non-figuratif. Sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement confirmées. Ce test permet de saisir, par sa finesse, des éléments rendant compte de processus ou de problématiques non perçues ou non explorées lors de l'entretien clinique.

Nina Rausch de Traubenberg (1970-1990) a dégagé deux aspects communs à chaque planche : leur organisation perceptive qui soutient la dimension structurale de la planche (compacte, fermée, bilatérale, ouverte) et la présence d'éléments chromatiques qui soutient une dimension sensorielle liée à la couleur (planches noires, grises, noir/rouge, pastel). Cela vient ainsi solliciter différentes problématiques relatives à la représentation de soi et l'image du corps, à la représentation de la relation à l'objet interne, externe et à l'environnement, à l'organisation défensive, à la nature de l'angoisse et aux conflits sous-jacents.

La dimension structurale

- Les planches compactes ou unitaires (I, IV, V, VI, IX) sont sous-tendues par des représentations de l'image du corps et organisées symétriquement autour d'un axe. Ces planches rendent compte des aléas de la constitution de l'identité.

- Les planches à configuration bilatérale (II, III, VII, VIII, X) se présentent en symétrie comme dans un miroir et sont sous-tendues par des représentations de relation aux objets internes et externes.

La dimension sensorielle

- Les planches noires (I, IV, V) renvoient à l'angoisse qui se manifeste de façon plus ou moins intense en fonction des sujets. L'insistance sur la couleur noire correspond à la dépression d'objet, celle sur la couleur blanche à la dépression narcissique.

- Les planches grises (VI, VII) atténuent les contrastes de la planche, elles peuvent donc renvoyer à des tonalités anxieuses plus retenues et diffuses surtout lorsque les couleurs sont associées à l'estompage.

- Les planches rouges (II, III) peuvent faire émerger des mouvements pulsionnels intenses (libidinal ou agressif) et des émotions violentes.

- Les planches pastelles (VIII, IX, X) induisent une dimension régressive. La sphère affective est ici spécifiquement mise au travail. Elles représentent également une surface d'échange avec l'environnement.

b) Sollicitations latentes des planches

La planche I situe le sujet face au test, ce qui peut lui faire revivre l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu, renvoyant aux relations précoces avec le premier objet, dans ses valences positives et négatives. La mobilisation amenée par cette planche est double, à la fois narcissique (image du corps, représentation de soi) et objectale (relation à l'image maternelle).

La planche II, construite autour de la lacune maculaire, est appréhendée dans ses représentations les plus archaïques. Ce type d'image de soi s'associe alors à des représentations symbiotiques fusionnelles et/ou destructrices. Le sujet est sollicité au niveau d'une menace de castration ou de destruction du corps. La lacune centrale se situe du côté des représentations de la castration, du vide. Elle peut également renvoyer au creux du féminin-maternel. La capacité de délimitation entre dedans et dehors est mobilisée et montre la capacité du sujet à gérer le conflit et la possibilité de surmonter l'angoisse dont la nature pourra alors être déterminée face aux mouvements pulsionnels. Le rouge renvoie aux pulsions agressives et/ou libidinales déclenchant une charge émotionnelle intense entraînant malaise et/ou excitation.

La planche III renvoie d'emblée à la mise en place de la relation et du conflit, des processus d'identification sexuelle et de la bisexualité psychique propre à la sexualité humaine. Cette planche présente un percept plus simple à appréhender, la participation subjective et projective étant moins sollicitée. La dimension sensorielle sollicite la pulsionnalité dans la relation ou bien renvoie à l'intérieur du corps.

La planche IV est marquée par son symbolisme phallique. Evocatrice d'image de puissance, elle peut renvoyer à une image masculine ou à une imago maternelle phallique et dangereuse. Il s'agit d'étudier le mode de reconnaissance de l'image de puissance auquel le sujet s'identifie.

La planche V est celle de l'identité et de la représentation de soi. Les assises narcissiques et identitaires du sujet sont mises à l'épreuve, ainsi que l'intégrité psychique et somatique. Il s'agit de la planche la plus unitaire du protocole et implique une prise en compte de la réalité

objective de l'engramme qui facilite la formalisation d'une réponse banale. Elle constitue ainsi l'épreuve de réalité fondamentale dans l'approche du monde extérieur.

La planche VI est marquée par son symbolisme sexuel. La dimension phallique est au premier plan. Néanmoins, elle met en jeu la bisexualité et permet au sujet de se confronter à un choix identificatoire. Elle articule également les pôles activité-passivité.

La planche VII, de par son caractère ouvert, en creux, renvoie au féminin et au maternel. Elle suscite des modalités de lien à l'image maternelle et met à l'épreuve le mode de relation à l'objet primaire. Elle questionne également le rapport au modèle féminin.

La planche VIII renvoie aux contacts avec le monde extérieur.

La planche IX favorise les références maternelles précoces (planche utérine). Elle est la planche la plus fréquemment refusée du protocole de par la dimension massivement régressive qu'elle impose.

La planche X est la dernière du matériel et met à l'épreuve la séparation. Si le sujet présente une difficulté à se séparer, ses réponses seront nombreuses. La séparation qui se profile peut donner lieu à des représentations et des expressions de plaisir dans des tonalités parfois hypomaniaques au service d'une lutte antidépressive.

c) Les modalités de passation

Le test du Rorschach, comme tout test projectif voir psychométrique, ne peut être proposé seul, sans entretien préalable qui concourt à la mise en place d'une relation de confiance et à la prise de connaissance d'éléments anamnestiques et de connaissance du sujet. Il est par ailleurs nécessaire de rencontrer le sujet pour lui expliquer les objectifs ainsi que le déroulement de la passation du test. C'est pourquoi nous avons proposé le test du Rorschach après le premier entretien.

Nous avons suivi les modalités de passation proposées par l'Ecole de Paris et C. Chabert. La passation implique en premier lieu l'énonciation d'une consigne identique pour chaque sujet : « Je vais vous présenter des planches et vous devrez me dire à quoi cela vous fait penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ». Il s'agit d'amener le sujet à articuler perception et projection comme nous l'avons déjà discuté préalablement. Lors de la passation, le clinicien-chercheur note l'ensemble du discours du sujet (verbalisation, silences, commentaires, critiques du matériel ou de la situation de test) ainsi que les temps de latence à chaque planche et les manifestations non-verbales (refus, agitation motrice, maniement des planches, ...). Une enquête aux limites est également nécessaire lors d'un nombre insuffisant d'éléments dits « banalités ». L'on demande également au sujet, en fin de passation, de choisir

les deux planches qu'il a préférées et les deux qu'il a le moins aimées, en le justifiant (épreuve des choix). Il nous apparaît également nécessaire de prendre connaissance du vécu de la passation et de la rencontre avec le matériel pour le sujet afin de contenir l'éventuelle angoisse qui perdure et/ou de réinscrire le sujet dans la réalité lors d'une régression ou d'une éventuelle désorganisation plus facilement sollicitée par le matériel non-figuratif et dès lors régressif du Rorschach. Ce temps était d'autant plus nécessaire que la passation du test du TAT, qui favorise une (ré)inscription dans la secondarisation avec un matériel plus figuratif, ne suivait pas directement celle du Rorschach. Il est entendu que les tests projectifs ne sont pas proposés à des sujets en crise. Un temps de restitution est également nécessaire après analyse afin de mobiliser le sujet et rendre compte de son fonctionnement psychique ainsi que des éventuelles difficultés et forces.

2.4.4.5. Le tests projectif du TAT

a) Matériel

Le TAT et son utilisation ont été théorisés par Murray en 1935. Il proposait, dans sa version, 31 planches. Nous n'avons eu recours qu'aux 13 planches retenues par Brelet-Foulard et Chabert (2003) adaptées aux femmes adultes. Elles sont présentées dans l'ordre suivant : 1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 9GF, 10, 11, 13B, 13MF, 19, 16. Le TAT est un test thématique constitué par un matériel figuratif et ambigu. Ainsi, il se prête à une analyse objective de type perceptive avec description du matériel manifeste, et à une interprétation subjective et projective en écho aux sollicitations latentes des planches. Celles-ci sont ainsi constituées d'un matériel figuratif, manifeste et sous-tendent chacune une sollicitation latente qui renvoie à des problématiques et à des fantasmes ayant trait à l'Œdipe et à la problématique dépressive (d'élaboration de la de perte). L'évaluation repose sur la façon dont le sujet va mobiliser ses ressources psychiques dans la confrontation et la possibilité de dépassement et d'élaboration des conflits psychiques en jeu. Brelet-Foulard et Chabert (2003) proposent l'hypothèse selon laquelle « les sollicitations latentes du matériel sont toujours effectives – qu'il s'agisse du complexe d'Œdipe ou de l'angoisse dépressive : tous les sujets quelle que soit leur organisation psychique, sont mobilisés par ces problématiques. » (Brelet-Foulard et Chabert, 2003 : 43).

Le TAT vient solliciter le sujet sur les plans narcissique (investissement de la représentation de soi) et objectal (représentations des relations), sur ses conflits psychiques et problématiques en jeu (identitaire, dépressive, œdipienne) et sa façon de les mobiliser et les élaborer, ainsi que les modalités d'angoisse associées. Enfin, il interroge les mécanismes de

défenses utilisés dans le traitement des conflits, et le fait qu'ils soient opérants ou non, économiques ou non pour le sujet.

b) Les sollicitations latentes des planches

La planche 1 met l'accent sur l'immaturation fonctionnelle et renvoie à une problématique d'impuissance associée à l'angoisse de castration. Il s'agit d'évaluer la façon dont le sujet traite l'angoisse et le conflit par le biais de l'expression pulsionnelle. La solitude de l'enfant et la blessure narcissique imposée par son immaturité peuvent mobiliser une angoisse de perte plus ou moins élaborable.

La planche 2 met à l'épreuve l'organisation œdipienne et son caractère plus ou moins structurant, alors que la différence des générations n'est pas clairement établie : attirance de la jeune fille par l'homme, rivalité avec la femme enceinte, reconnaissance de l'interdit, renoncement à l'objet d'amour œdipien, nostalgie, déclin de l'Œdipe. La séparation avec le couple parental peut s'avérer impossible avec refus de reconnaître son lien sexuel particulier.

La planche 3BM renvoie à la position dépressive et met à jour le mode de traitement de la perte. Dans un contexte œdipien, la culpabilité dans sa valence dépressive est mobilisée et il est possible de s'en dégager. Dans le contexte de la position dépressive, la problématique de perte d'objet mobilise les capacités de travail de deuil, la réversibilité des affects dépressifs et l'étayage des désirs à venir. Cette planche permet de mesurer la capacité du sujet à lier affect dépressif et représentation de perte.

La planche 4 renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple (amour/agressivité). Elle offre également une possibilité d'expression du conflit œdipien avec l'introduction d'un tiers dans le récit. Cette planche est également susceptible de renvoyer à des angoisses de séparation et d'abandon.

La planche 5 renvoie à une image féminine/maternelle qui pénètre et regarde, à l'imago maternelle surmoïque. Dans un contexte œdipien, la planche réactive la culpabilité en lien avec la curiosité sexuelle et les fantasmes de scène primitive, la mère apparaissant à la fois séductrice et interdiciatrice. Dans une autre perspective, des mouvements plus archaïques en relation avec des angoisses de perte d'objet peuvent être mobilisés.

La planche 6GF n'est présentée qu'aux femmes et renvoie à une relation hétérosexuelle dans l'opposition conflictuelle entre désir et défense, mais l'investissement se situe davantage du côté du désir que de la défense. Dans un contexte œdipien, cette planche convoque des fantasmes de séduction de type hystérique, ainsi que la capacité de les intérioriser et de les

élaborer. Eventuellement, la problématique de perte d'objet peut être convoquée à cette planche dans la relation œdipienne au père ou à la mère.

La planche 7GF n'est présentée qu'aux femmes et renvoie à la relation mère/fille (différence des générations). Dans un contexte œdipien, les mouvements d'identification de la fille à la mère sont mobilisés et autorisent ou non l'accession à une place de femme et de mère. Par ailleurs, l'ambivalence dans la relation mère-enfant peut être réactualisée, en termes d'amour et de haine, de proximité ou de rejet. La référence à la façon de tenir le poupon renvoie à la question du holding maternel.

La planche 9GF n'est présentée qu'aux femmes comme les deux planches précédentes et renvoie à la rivalité féminine. Dans un contexte œdipien, la rivalité fraternelle s'organise autour d'un tiers. Dans d'autres registres, c'est une agressivité plus violente et éventuellement mortifère qui est mobilisée dans une problématique où l'attaque de l'autre peut entraîner sa disparition.

La planche 10 renvoie à l'expression des désirs dans le couple alors que la différence des sexes et des générations reste confuse. Dans un contexte œdipien, les liaisons sont possibles ou non entre tendresse et désir sexuel. Dans d'autres registres, c'est la menace de la séparation qui domine, sous-jacente ou clairement énoncée.

La planche 11 induit des mouvements régressifs manifestes et intègre des problématiques prégénitales en lien à une imago maternelle archaïque. Cette planche dite prégénitale, peut plonger le sujet dans un univers archaïque dépressif ou persécutif.

La planche 13B renvoie à la capacité d'être seul. Dans un contexte œdipien, elle ravive le sentiment de solitude de l'enfant délaissé par ses parents. Dans un registre plus archaïque, elle met à l'épreuve les capacités d'être seul dans un environnement précaire et sollicite la question du holding maternel.

La planche 13MF renvoie à l'expression de la sexualité et de l'agressivité dans le couple. Soit la scène renvoie à une situation dramatisée dans un contexte œdipien, soit elle renvoie à une fantasmatique mortifère comportant des éléments de perte brutale ou de destruction.

La planche 19, prégénitale, vient réactiver la problématique archaïque dépressive et/ou persécutive. La capacité de différenciation entre le dedans et le dehors est mise à l'épreuve ainsi qu'un clivage entre bons et mauvais objets.

La planche 16, la planche de la séparation, renvoie à la façon dont le sujet structure ses objets internes et externes et organise ses relations avec eux.

c) Modalités de passation

Tout comme pour le Rorschach, il est préférable que la passation du test du TAT ne soit pas réalisée sans entretien préalable. Nous avons fait le choix de le proposer après le second entretien. Cela nous permettait par ailleurs de mettre éventuellement en évidence des différences avec le Rorschach concernant le fonctionnement psychique du sujet que l'on pouvait attribuer à la grossesse et/ou à la naissance de l'enfant, et/ou dans une perspective de diagnostic différentiel.

Les planches sont donc présentées les unes à la suite des autres après que le clinicien-chercheur ait donné la consigne suivante : « Imaginez une histoire à partir de chaque planche ». Le discours du sujet est noté dans son intégralité par le clinicien-chercheur. Les manifestations comportementales, les remarques, les commentaires, les critiques du matériel ou de la situation de test, les interpellations, les silences et les temps de latence dont également pris en notes. Cela nous fournit des indications sur le fonctionnement psychique du sujet également. Le matériel figuratif peut être source d'une certaine inhibition. Le clinicien-chercheur doit alors intervenir sous forme de questions pour apporter un étayage au sujet. Le sujet peut également interpeller le clinicien-chercheur au cours de la passation.

Il nous semble également nécessaire, comme après la passation du Rorschach et pour les mêmes raisons, de reprendre avec le sujet le vécu de la passation du test et de la rencontre avec le matériel.

2.5.Planning du protocole et cadre des rencontres

Le protocole de recherche et la passation des entretiens a été le même pour les huit femmes participant à la recherche.

- La première rencontre a eu lieu entre sept et huit mois de grossesse. Nous avons réalisé le premier entretien semi-directif et avons proposé la passation du test du Rorschach avec un délai entre les deux (entretien le matin, administration du test l'après-midi ou bien quelques jours entre l'entretien et l'administration du test).
- La seconde rencontre a eu lieu aux quatre mois du bébé. Nous avons réalisé le second entretien semi-directif et avons proposé la passation du test du TAT avec un délai entre les deux (entretien le matin, administration du test l'après-midi ou bien quelques jours entre l'entretien et l'administration du test).
- La troisième rencontre a eu lieu aux onze ou douze mois du bébé (en fonction de la temporalité liée à la rédaction de la thèse). Nous avons proposé le dernier entretien semi-directif.

- Une quatrième et dernière rencontre est prévue après la rédaction de la thèse pour la restitution du bilan ainsi que des observations qui découlent de la recherche, toutes les mères étant intéressées par les résultats obtenus.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec toujours l'accord des sujets. Les premiers et seconds entretiens ont duré entre 60 et 90 minutes. Le dernier entretien n'a jamais dépassé une heure.

La recherche, longitudinale, se déroule sur presque un an et demi, quasiment deux ans si l'on intègre les entretiens de restitution. Le risque était grand que des participantes n'aillent pas au bout de la démarche, d'autant que les sujets toxicomanes présentent une problématique du lien. Nous avons donc convenu d'échanges téléphoniques, de mails ou de messages écrits (sms) avec les jeunes mères pour maintenir le lien entre les rencontres. Ainsi, nous les contactons quelques jours après la date programmée de l'accouchement, aux huit mois de l'enfant, à ses un an et demi, et à ses deux ans. Aucune des femmes n'a rompu le contact. Cela nous a d'ailleurs questionnées quant à leur investissement dans la recherche et sur ce qu'elle pouvait leur apporter. Nous discuterons cette question par la suite.

Les rencontres ont eu lieu, soit dans un bureau laissé disponible à notre intention dans la structure ou le service où étaient suivies les patientes, soit à leur domicile. Nous avons en effet rencontré des futures mères par l'intermédiaire de sages-femmes en libéral qui interviennent à domicile et par l'intermédiaire d'un forum d'entraide pour usagers de drogues. Certaines femmes ne disposaient d'aucun moyen de transport pour se déplacer jusqu'au centre, d'autres devaient limiter les transports en fin de grossesse. Il a pu également s'avérer plus aisé pour les jeunes mamans que les entretiens aient lieu à leur domicile pour éviter de transporter le bébé au moment de la sieste par exemple. Pour chaque femme, nous avons cependant essayé au maximum que les entretiens suivants se déroulent dans le même lieu que lors de la première rencontre. Cela afin de limiter d'éventuelles interférences liées aux changements de lieux.

2.5.1. La demande de rencontre au domicile : une dynamique à prendre en compte

Le lieu de l'entretien mais aussi d'administration des tests a en effet un impact à la fois sur les données et la passation, et sur la relation au clinicien. Ce n'est pas la même chose de rencontrer la chercheuse dans un centre de soin ou que celle-ci se déplace à domicile. Quel désir manifeste la femme lorsqu'elle nous invite à l'ouverture de son espace familial, personnel, intime ? Ce dernier cas peut laisser supposer un certain besoin de contrôle, un désir d'emprise

à notre égard à travers la gestion du cadre externe de l'entretien (ce sont elles qui choisissent la pièce dans laquelle l'entretien va se dérouler, la configuration des places de chacune, qui peuvent avoir programmé une visite à une certaine heure pour clore l'entretien, qui peuvent déambuler dans leur logement ou faire autre chose en même temps que de répondre à nos questions, ...).

Nous nous questionnions également sur la fonction et le rôle qui nous était attribué : étions-nous considérées comme une chercheuse ? Une psychologue ? Comme n'importe quel acteur social ? Étions-nous perçues comme plus intime qu'un professionnel ?

Cette dimension du domicile implique toutefois une certaine confiance et une implication en nous permettant de rentrer dans leur intimité. En effet, les femmes prenaient le risque que l'on repère des dysfonctionnements ou des problèmes importants. Cela d'autant que, comme l'a très bien décrit Louit (2012), le contre-transfert est mis à rude épreuve lors de la rencontre au domicile dans les représentations ou projections que nous pouvons construire sur la réalité du décor familial. Le domicile nous donne beaucoup d'éléments sur la patiente. Il peut ainsi et dans une certaine mesure représenter le reflet de l'organisation psychique du sujet. « Il y a toujours dans le logement une part miroir de l'être qui peut avoir valeur de représentation valorisée comme rempart à une image dégradée de soi. Maintenir son logement en l'état remplit alors une fonction d'étayage, un lieu de remémoration, parfois aller jusqu'à être une prothèse identitaire ». (Cohier-Rahban, 2007 : 132).

La demande de rencontre au domicile pouvait également traduire un désir de reconnaissance de la fiabilité de leur personne en ouvrant leur espace familial, face aux représentations des professionnels qui les perçoivent comme des patientes fuyantes, instables. Souhaitaient-elles nous « montrer », nous prouver leur stabilité, leur fiabilité mais également leur compétences en tant que future et jeune mère à travers notamment les capacités matérielles pour accueillir en enfant ? En nous déplaçant à leur domicile, nous pouvons contribuer à les reconnaître, ainsi que leur espace personnel, comme bon et étayant (Louit, 2012).

Quoi qu'il en soit, ces rencontres au domicile nécessitaient pour nous de rester garante du cadre interne de l'entretien et de la passation des tests. Il nous fallait également maintenir une distance suffisante pour garder notre fonction et notre place de chercheuse. Cela a été particulièrement mis en jeu lorsque les patientes nous proposaient à boire ou à manger. Comment réagir, quelle position adopter face à une télévision allumée, face à la présence d'une autre personne au domicile, ... ? Il nous fallait également être d'autant plus attentive à ne pas

sortir de notre cadre de chercheuse pour investir celui de psychologue clinicienne. Cela s'est avéré parfois difficile et les limites ont parfois été floues.

Certaines situations ont pu être source d'angoisse de notre part, notamment lorsque le supposé dealer d'une des femmes s'est présenté pendant un entretien.

Nous étions également d'une certaine façon plus autonome vis-à-vis des institutions qui nous avaient mises en contact avec les futures mères. Peut-être était-ce d'ailleurs un désir de ces dernières de nous différencier de l'institution de soin en nous rencontrant dans un autre cadre (leur domicile). Au contraire, il est possible que certaines femmes que nous avons rencontrées dans les institutions aient souhaité nous y inscrire, nous considérant comme professionnel et non seulement comme chercheuse.

L'article de Cohier-Rahban (2007), met au premier plan les apports spécifiques du déplacement du psychologue au domicile pour la jeune mère dans les liens à son bébé, dans le cas de la périnatalité. En effet, le déplacement au domicile favorise l'accès « au fonctionnement habituel de la famille, et à celui de la mère avec son bébé » (Fraiberg, 1980 citée dans Cohier-Rahban, 2007). Chez elle, la mère vivra plus spontanément ses échanges avec son bébé. Elle se laissera aller à certains comportements et affects qui peuvent être plus contrôlés, cachés ou refoulés dans le cabinet du psychologue. Des ressentis, des fragilités et des doutes pourront plus facilement émerger. Le lieu de vie peut avoir fonction de rôle protecteur, de stabilité dans la mise en place de la relation à l'enfant, soutenue par le psychologue. « Le déplacement à domicile contraint le psychologue à rencontrer ces mères là où elles en sont avec leur bébé. Il leur propose une « enveloppe sensorielle » à l'intérieur de laquelle elles peuvent faire l'expérience d'un laisser-aller pour rencontrer leur bébé limitant ainsi certaines angoisses. Lors d'une défaillance des figures d'attachement le psychologue peut servir « d'amplificateur d'attachement » pour soutenir cette ébauche du processus d'attachement entre la mère et son nourrisson. » (Cohier-Rahban, 2007 : 147). Le psychologue sera ainsi garant d'une fonction de « holding » (Winnicott, 1954) de la mère qui pourra alors elle-même expérimenter cette fonction auprès de son enfant, entourée par la présence sécurisante et réconfortante d'un tiers. Le regard enveloppant et bienveillant du psychologue peut également avoir fonction de valorisation narcissique pour la mère dans la relation à son bébé.

Le déplacement à domicile d'inspiration psychanalytique est particulièrement préconisé par Cohier-Rahban (2007) et Morales-Huet (1997, cité dans Cohier-Rahban, 2007) pour des

femmes « dont la problématique est très ancienne puisque la plupart du temps « exposées précocement à des expériences répétées de rupture du lien ou d'abandon, certaines à des négligences graves ou à de mauvais traitements, d'autres à la perte brutale de leurs objets d'attachement privilégiés », dans des « situations d'éloignement psychique ou de rupture avec la future grand-mère, d'isolement de la future mère, de sentiment profond de solitude, de craintes de répétition de violence ou d'abandon (énoncées explicitement ou non, mais présentes), etc. » (Ibid. : 135). Cela s'articule tout à fait avec la problématique et l'histoire de vie des femmes toxicomanes.

2.5.2. Effets thérapeutiques de la recherche

Ces différentes observations s'appliquent tout à fait, selon nous, au dispositif de notre étude, bien que nous occupions une position de chercheuse et non de psychologue dans ce cadre, dans la mesure où nous nous centrons sur la femme dans son vécu en tant que sujet, en tant que mère et dans les relations à son enfant, sans jugement. Nous partons du principe qu'elles nous apprennent quelque chose de leur expérience et non le contraire. Nous avons continué à nous centrer sur leur vécu après la naissance de l'enfant, ce qui s'avère également narcissisant et étayant lorsque souvent, après la naissance, toute l'attention est portée sur le bébé, contrairement au temps de la grossesse. Par ailleurs, notre formation de psychologue clinicienne participe à la mise en place d'une relation de confiance basée sur l'écoute, la reconnaissance de leur vécu et un cadre sécurisant et enveloppant. Le regard non-jugeant porté sur elle et les relations entretenues avec leur bébé s'est parfois différencié de celui des soignants plus stigmatisant ou négatif. Nous avons d'ailleurs occupé une place d'interlocuteur privilégié pour faire du lien entre les professionnels de la maternité et de l'addictologie à la demande d'une des femmes à la maternité. Enfin, nous avons également occupé une fonction de réassurance dans leurs compétences maternelles. La demande de rencontre était à notre initiative, ce qui s'avère également narcissisant pour les femmes. L'ensemble de ces constatations conduit à l'hypothèse d'une valeur narcissisante, contenante dans le devenir mère et dans les liens mère-enfant, et potentiellement thérapeutique de nos interventions. Cette hypothèse semble par ailleurs vérifiée par le maintien du lien avec les mères pendant toute la durée de la recherche (un an et demi à deux ans). Une des femmes a par la suite entamé un travail psychothérapique et une autre l'envisage actuellement. L'ensemble de ces considérations s'applique également aux femmes que nous avons rencontrées au sein d'une institution.

L'entretien de restitution (du bilan projectif et des résultats de la thèse) est également fondamental en tant qu'il constitue un support d'échange dynamique et interactif basé sur la restitution, sur les hypothèses du psychologue clinicien dans la compréhension du fonctionnement psychique du sujet et des éventuelles problématiques à l'œuvre. Il tente de faire des liens entre les entretiens semi-directifs de recherche et les résultats des tests projectifs et de faire comprendre que les réponses obtenues aux tests sont représentatives du fonctionnement psychique du sujet. Des résultats plus difficiles à communiquer ou susceptibles d'être perçus comme « menaçants » doivent être présentés avec précaution et, comme l'ensemble des résultats, sous forme d'hypothèses de manière à ce que le sujet puisse les accueillir et éventuellement s'en saisir. Il importe de toujours respecter les résistances et défenses du sujet. Le patient est sollicité à confirmer, infirmer ou modifier les propositions du psychologue. Si le sujet rejette une hypothèse interprétative, le psychologue la reformule, puis l'abandonne si le patient persiste dans son rejet.

L'entretien de restitution des résultats des tests projectifs nous apparaît dès lors porteur d'un fort potentiel thérapeutique. Le temps du bilan et le temps de la restitution peuvent représenter un temps de distanciation rendu possible par le recours au tiers que représente le clinicien-chercheur. « Le bilan psychologique s'inscrit dans une relation transférentielle et vient produire un effet de parole » (Arbisio, 2013 : 20). Vibert, Morel & Flaig (2007) mettent en avant la nécessité que l'entretien de restitution favorise la rencontre du sujet avec son monde interne comme cela est rendu possible au travers d'une médiation thérapeutique. C'est cet élément qui peut favoriser l'émergence d'une « amorce d'insight » (début d'intérêt et de prise de conscience de son propre fonctionnement psychique). La passation du bilan ainsi que le temps de restitution, à travers le lien de confiance qui s'est établi, favorisent l'augmentation de la motivation pour un suivi psychologique. Dans le cadre de l'entretien de restitution, le psychologue propose une formulation conceptuelle de la situation actuelle, qui va bien au-delà de la simple description. L'entretien de restitution peut permettre de réorienter la demande du côté du sujet dans la mesure où les attentes du patient, ainsi que ses besoins psychiques, sont pris en compte et satisfaits au cours du processus d'évaluation et dans la discussion avec le psychologue. Finn (1997, cité in Bernard-Tanguy, 2015) propose une technique clinique qui fait de l'examen psychologique et de la restitution des résultats une sorte de thérapie brève que Bernard-Tanguy (2015) qualifie d'analytique. Ainsi, « Le bilan psychologique peut être considéré comme un acte thérapeutique clinique bref, sous certaines conditions, en raison des changements qu'il engendre chez le sujet et son entourage » (Bernard-Tanguy, 2015 : 11).

3. ANALYSE DES DONNEES

3.1. Analyse des entretiens semi-directifs à partir d'une méthode innovante : analyse clinique du discours à l'aide des procédés du tat

Notre méthode d'analyse des données s'inscrit dans une recherche méthodologique menée à l'Université de Caen Normandie et qui fait l'objet d'un article actuellement proposé à la publication (Bazire, Proia-Lelouey-Lelouey & Johnston, article en révision, 2017). Nous avons ainsi souhaité explorer l'intuition de l'une d'entre nous (G. Johnston) consistant à adapter l'analyse des procédés d'analyse du discours du TAT à l'analyse des entretiens. Selon Bacquet (2014 : 185-186) mais aussi Belot (2014 : 44), Rosine Debray aurait dès 1989 suggéré que sa grille d'analyse du discours du TAT pouvait être utilisable dans le cadre d'entretiens semi-directifs de recherche. Nous n'avons pas trouvé de références explicites à ce sujet mais ces auteures faisant parties de ses élèves, on peut supposer qu'elle l'ait en effet préconisé donnant ainsi une certaine assise à notre projet.

Nous ne reviendrons pas sur le TAT déjà présenté ci-dessus. Rappelons simplement que le TAT est une « fantaisie consciente induite, (...) produite sur commande d'autrui qui en attend la communication » (Brelet-Foulard & Chabert, 2003 : 11). Le sujet se trouve placé face à une « double sollicitation imaginaire et perceptive » (Chabert, 1987/1998 : 13) qui le contraint à prendre en compte la réalité, l'objectivité du stimulus tout en l'articulant avec son monde interne, imaginaire et subjectif, afin de lui donner un sens induit par le contenu latent du matériel. Le récit produit par le sujet au test va permettre d'évaluer la capacité de secondarisation (articulation entre processus primaires et secondaires) du sujet, repérable d'une part dans la prise en compte du contenu manifeste et d'autre part dans la qualité du récit par le biais de l'analyse des procédés du discours. Il est d'ailleurs important de souligner que Shentoub s'est davantage intéressée à l'analyse de la construction de l'histoire, à son organisation, qu'à son contenu.

Par analogie, l'entretien clinique de recherche constitue également une situation où est exigé du sujet « la production sur commande d'autrui d'un discours induit par la consigne ». Certes cette dernière ne peut être pensée comme un contenu définitivement fixé. Le récit qu'elle suscite ne peut de ce fait, être rapporté à des récits normés, sources de comparaisons standardisées. Néanmoins, dans le cadre d'une recherche donnée, la consigne, quand son contenu a été soigneusement fixé et réutilisé de façon très précise d'un cas à l'autre, constitue bien une base fixée, source de la production discursive du sujet.

L'entretien de recherche en psychologie psychodynamique est particulier dans la mesure où il sollicite la production d'un discours sur un vécu ou une problématique spécifique qui affectent directement le sujet. Il s'agit d'activer sa capacité narrative et autoréflexive sur ce qui, d'une manière ou d'une autre, fait problème pour lui. Cela conduira inmanquablement à une réactivation de l'éventuelle conflictualité psychique liée au matériel sollicité. De ce fait, la consigne génère, selon nous, deux niveaux de discours, le premier renvoie à un développement narratif en réponse à la consigne et le second aux résonances émotionnelles et fantasmatiques induites par les thématiques évoquées.

Il est alors possible, voire indispensable, d'« étudier les procédés du discours mis en œuvre dans l'élaboration des récits et de leur articulation avec les problématiques qu'ils s'efforcent de traiter. » (Brelet-Foulard & Chabert, 2003 : 31). Seule cette analyse permettra de rendre compte de la dynamique conflictuelle induite par la consigne et de la capacité du sujet d'y faire face.

Le TAT permet « d'appréhender la qualité du processus associatif en tenant compte des relations entre représentations, affects et mécanismes de défense » (Brelet-Foulard & Chabert, 2003 : 32). Il permet également d'avoir une vision fine du fonctionnement psychique grâce au repérage, toujours par le biais de l'analyse des procédés du discours, des processus défensifs, des modalités d'angoisse et des modalités relationnelles. Ainsi peuvent être mis en évidence, la plus ou moins bonne qualité du fonctionnement psychique et la prégnance de certains conflits psychiques.

Ce sont ces éclairages qu'offre la méthode qui nous intéressent dans l'analyse des procédés du discours appliquée aux entretiens cliniques. En effet nous nous centrons avant tout sur la qualité des représentations du sujet plus que sur leur contenu. Or, l'analyse des processus défensifs, des modalités d'angoisses et des modalités relationnelles participe de l'analyse de la qualité du processus associatif et la complète. Au niveau global, elle permet d'appréhender la dynamique psychique du sujet. Mais surtout, dans l'analyse détaillée de l'entretien par thème, elle permet de repérer les thématiques conflictuelles et d'appréhender les perturbations qu'elles peuvent induire chez le sujet.

L'analyse du contenu de l'entretien commence classiquement par un découpage thématique effectué suite à une lecture d'ensemble et une cotation grossière des procédés. C'est une fois ce travail préalable terminé que seront identifiés pour chaque thème, les procédés du discours et leur qualité opérante.

Dans un second temps, une analyse inter-thème est effectuée permettant d'apprécier les modalités principales susceptibles de rendre compte du fonctionnement global du sujet mais aussi, et surtout, les « zones représentationnelles » les plus conflictuelles et la manière dont le sujet y fait face (représentations / affects / défenses).

Cette méthode d'analyse clinique des entretiens de recherche constitue une première phase d'élaboration de cette technique et nécessitera à terme de construire une grille plus adaptée incluant par exemple certains procédés de la grille de dépouillement des projectifs enfants (en particulier pour tous les éléments non-verbaux et comportementaux).

3.2. Analyse des tests projectifs

3.2.1. Rorschach

3.2.1.1. Analyse du protocole

L'analyse du test du Rorschach est basée sur un protocole d'interprétation précis à partir de la cotation des réponses en vue d'établir le psychogramme. La cotation des réponses se fait à partir de listes établies de critères statistiques (particulièrement en ce qui concerne la localisation et la qualité formelle des réponses). Le lettrage rend compte de cette cotation. La première lettre correspond à la localisation de la réponse sur la planche : le sujet a-t-il utilisé l'ensemble de la tache (réponse globale : G) ou bien une partie seulement (réponse détail : D) ? La seconde lettre correspond à ce qui a déterminé la réponse. Il peut s'agir de la forme de la tache (F) ou du mouvement (kinesthésie, K (si le contenu est humain), Kan (si le contenu est animal)). Il s'agit ensuite de déterminer s'il s'agit d'une bonne ou d'une mauvaise forme (F+, F-), autrement dit s'il s'agit d'une perception correcte ou erronée, à partir de normes déjà établies par les auteurs. Il s'agit également de déterminer si le mouvement est statique, figé ou non et s'il soutient la relation (entre deux personnages identifiés sur la planche par exemple). On s'attend également à ce que la présence de kinesthésies rende compte des mouvements pulsionnels agressifs et/ou libidinaux. Enfin, la dernière lettre correspond au contenu de la réponse : humain entier (H), partie d'être humain (Hd), animal entier (A), partie d'animal (Ad), sang, scène, élément, géographie, ... L'on peut également retrouver des manifestations d'anxiété notées Clob, ou bien des chocs et des refus aux planches. L'on repère également des banalités (Ban) déterminées statistiquement par les auteurs. Celles-ci, en quantité suffisante sur l'ensemble du psychogramme, rendent compte de l'adaptation sociale du sujet. La synthèse de la cotation permet par la suite l'établissement du psychogramme qui constitue la recension

quantitative. Cela garantit une certaine objectivité du test. L'analyse dynamique du contenu des réponses se fait alors à partir des données quantifiées du psychogramme et des réponses. Nous cotons et définissons le psychogramme à partir des « Principes élémentaires de cotation des protocoles de Rorschach » de Rausch de Traubenberg (1990) dans une visée d'interprétation psychodynamique psychanalytique, qui découle de notre formation à l'analyse des tests projectifs.

Le test du Rorschach vient particulièrement solliciter et questionner l'axe narcissique, en termes identitaire et de représentation de soi, la problématique identificatoire, la qualité des limites entre monde interne et monde externe, la qualité de la représentation de relation et de l'investissement objectal, l'organisation défensive du sujet et enfin les modalités d'angoisse du sujet.

3.2.1.2. La problématique identitaire

C'est la qualité de la représentation de soi qui permet, au Rorschach, de rendre compte d'une identité stable, indifférenciée ou menacée d'éclatement, et de la qualité des assises narcissiques ainsi que des fragilités narcissiques. L'identité est définie par Laplanche et Pontalis (1967 : 192) comme « un mode primitif de constitution du sujet sur le modèle de l'autre, qui n'est pas secondaire à une relation préalablement établie où le sujet serait d'abord posé comme indépendant. » et par Malher et al. (1980) comme la toute première conscience d'un sentiment d'être, d'entité. C'est le premier pas d'un processus de développement de l'individualité. La construction de l'identité s'étaye sur une image du corps relativement solide et met en jeu les processus d'individuation et de séparation décrits par Malher et al. (1980). L'investissement narcissique de soi s'articule ainsi avec l'existence de limites stables entre monde interne et monde externe. Les assises narcissiques sont tributaires des premiers investissements maternels et de la qualité et de la régularité des soins prodigués par cette dernière. Elles dépendent également de l'intériorisation des « bons objets » par le sujet. Nous serons donc particulièrement attentifs aux indices qui en rendent compte chez nos sujets toxicomanes puisque la fragilité narcissique apparaît au premier plan à la fois dans notre clinique et dans les théorisations des auteurs.

Plusieurs indices nous permettent de rendre compte de la qualité des assises narcissiques, de la représentation de soi et de l'identité. L'analyse des réponses humaines rend ainsi compte de la capacité du sujet à s'identifier au genre humain, fondement de la construction

identitaire. Les contenus humains peuvent être variés : entier, partiel, fantastique/mythologique. L'on va s'intéresser particulièrement à la qualité formelle des réponses qui va traduire la stabilité, la fragilité ou la désorganisation identitaire à travers des limites, des contours flous. L'on va également s'intéresser au degré de réalité ou de vie, à la socialisation des réponses humaines pour déterminer si le sujet se situe dans un registre d'angoisse de castration ou de morcellement. L'on s'intéresse également aux réponses animales dont le registre peut également être varié. Un nombre suffisant de réponses animales de bonne forme illustre le caractère adapté du protocole. En revanche, trop peu rend compte d'un défaut de socialisation et trop nombreuses rend compte d'un évitement de la relation authentique à l'autre, à travers une attitude stéréotypée qui peut renvoyer à un « faux self » ou une sur-adaptation rigide.

La présence de réponses anatomiques peut renvoyer, associée à de bonnes formes, à une attitude défensive par l'intellectualisation face à la reconnaissance du pulsionnel. Elle peut également signer une fragilité narcissique-identitaire et une porosité des limites entre monde interne et monde externe. Elle peut enfin renvoyer à des angoisses de morcellement ou concernant l'intérieur du corps dans quelque chose de plus pathologique.

L'analyse des planches compactes, unitaires rend compte de la présence ou de l'absence de fragilités narcissiques et identitaires. Cela s'articule également avec la qualité des limites entre le dedans et le dehors. Cette qualité peut être évaluée par la mise en perspective des réponses formelles, des modes d'appréhension, par la prédominance des contenus humain et animal entiers ou partiels, par la qualité des contours, et de l'unité. Selon Chabert (1998/2004), «les processus d'individuation peuvent être considérés comme opérants quand les images kinesthésiques sont claires, sans ambiguïtés d'appartenance au monde humain, bien distinctes par rapport à l'environnement. Au contraire, la confusion des limites, les relations symbiotiques, les références aux doubles (jumeaux) rendent comptent d'une séparation insuffisante entre sujet et objet, d'une absence de continuité dans le sentiment d'exister témoignant d'une identité mal différenciée » (75).

3.2.1.3. La problématique identificatoire

Le test du Rorschach permet également de qualifier la construction identificatoire en termes d'identifications secondaires. Le terme d'identification est défini par J. Laplanche et J-B. Pontalis (1967 : 187) comme « un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le

modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » La construction identificatoire secondaire se met en place au moment de l'Œdipe associée à la reconnaissance de la différence des sexes et des générations. Elle implique l'accès à une identité stable et relativement bien structurée.

La construction identificatoire se repère notamment à travers les sexuations des réponses humaines et animales et à la symbolique sexuelle (objets phalliques vs objets féminins, en creux, symbolique régressive en lien avec le féminin, la passivité en terme de réceptivité féminine) et des contenus chargés d'une thématique identificatoire. Nous pouvons également la repérer aux planches à symbolisme sexuel où l'on attend une identification masculine ou féminine. Son absence permet alors de mettre en évidence une problématique identificatoire.

« Soit l'identité ne pose pas problème et l'accès aux identifications secondaires se réalise dans un registre névrotique, soit l'identité pose problème. Dans ce cas, l'identification masculine en lien avec l'angoisse de castration témoigne d'une fixation au stade phallique où le féminin, la passivité est vécue comme castration, ou bien l'identification masculine n'est pas suffisamment affirmée (évitement, anonymat) et se déploie dans l'évitement de la confrontation à l'angoisse de castration où le retrait est associé souvent à une difficulté de prendre en charge le mouvement pulsionnel agressif ou libidinal dans le Rorschach. L'identification féminine peut être surinvestie dans une hypothèse de dépendance à l'environnement dans la quête d'un objet maternel aconflictuel et d'un mouvement de régression devant l'Œdipe ; ou désinvestie au profit des identifications masculines dans une hypothèse d'un complexe de castration dont l'intensité induit un besoin de réassurance » (Rouveau, 2013 : 251).

« Quand les identifications sexuelles sont conflictuelles, la confrontation aux représentations humaines est chargée d'anxiété, entraînant évitement ou hésitation dans les choix identificatoires. Les modèles sexués sont caricaturaux, les planches à symbolisme sexuel sont génératrices d'angoisse, conduisant à des blocages ou à des prises de positions rigides mettant en évidence un déchirement douloureux entre des tendances vécues comme contradictoires, barrant les possibilités d'identification satisfaisantes. » (Chabert, 1998/2004 : 75). Nous serons donc également sensibles à cette question chez nos sujets de recherche.

3.2.1.4. La qualité des limites entre monde interne et monde externe

Le Rorschach nous apparaît être un outil privilégié pour étudier la qualité des limites entre le dedans et le dehors et ainsi la différenciation avec l'objet, problématiques centrales des addictions. En effet, il implique une alternance entre contenance matérialisée par la qualité formelle, et incursions projectives pulsionnelles caractérisées dans les réponses kinesthésies et/ou couleur. Cela vient ainsi solliciter les frontières de l'appareil psychique et implique tout d'abord la prise en compte de la qualité formelle des réponses. Celle-ci rend compte de la qualité du rapport à la réalité, de l'adaptation à la réalité externe et de la socialisation. Elle sous-tend l'articulation entre perception et investissement de la pensée. Il est en effet important de pouvoir repérer le poids de l'investissement de la réalité externe par rapport à l'investissement de la pensée.

La présence de kinesthésies rend par ailleurs compte d'une certaine créativité de la pensée, d'une possibilité de se situer dans l'aire transitionnelle définie par Winnicott (1951). Une présence suffisante de bonnes formes renvoie à la capacité à prendre en compte la réalité externe. Un recours au formel trop important par rapport à la norme rend néanmoins compte d'une vie affective étouffée et d'une certaine rigidité. Les mauvaises formes peuvent traduire un retour du refoulé dans un contexte d'aller-retour entre le désir et la défense, ou la perte de contact avec la réalité par un envahissement fantasmatique et/ou pulsionnel impossible à contenir par les défenses.

La présence en nombre suffisant de banalités rend également compte des capacités de socialisation et d'adaptation à la réalité du sujet. L'on intègre également l'analyse des contenus humain, animal et des kinesthésies. Le nombre de banalités nous amène à distinguer les banalités adaptatives, les banalités défensives pour limiter la projection, l'investissement dans le matériel, et les banalités inscrites dans le réseau de défenses souples et variées qui rendent compte de la créativité du sujet. L'absence de banalités témoigne à l'inverse de défenses rigides, de troubles identitaires ou bien d'une originalité du sujet (adolescents, artistes).

Les réponses « peau » définies par Chabert (1987) à partir des travaux d'Anzieu sur le « Moi-peau » (1985) mettent également en évidence une porosité des limites. Cela à travers des réponses « carapaces » (« scarabée », « crabe »), des réponses « vêtements » ou des réponses humaines offrant une seconde peau au sujet (« manteau », « déguisement »). Cela démontre un besoin de restauration narcissique et de renforcement des limites, traduisant alors une enveloppe

fragile, trouée, abîmée, défaillante. Cela s'articule également avec les échelles Barrière et Pénétration (B&P) de Fisher et Cleveland (1958).

Les planches II et III sont caractérisées par des sollicitations pulsionnelles induites par la couleur rouge. La réponse couleur (C) rend compte de la sensibilité affective dans les processus de pensée du sujet. Elle rend compte soit d'un enrichissement par l'affect soit d'une difficulté à intégrer l'affect dans les processus de pensée. Ainsi, le sujet intègre la pulsion à valence libidinale ou agressive dans la représentation, ou la couleur n'est pas pris en compte. Enfin, la couleur et la manifestation pulsionnelle peuvent faire effraction au sein du pare-excitation. Cela se repère notamment à travers des réponses couleurs (C pures), des réponses « sang », « vagin », des réponses anatomiques ou sexuelles, des réponses kinesthésiques, des refus ou chocs ou par des réponses abstraction.

Les planches pastelles, quant à elles, sollicitent la relation avec l'environnement, la vie affective et la régression. Cette dernière peut être intégrée dans les réponses ou évitée. Elle rend compte de la qualité des relations précoces avec l'objet maternel. Les planches pastelles rendent compte de la capacité du sujet à être en relation avec son environnement, et de la qualité de ses relations, ainsi que de sa sensibilité affective.

L'ensemble de ces éléments nous permet d'observer l'articulation entre processus de pensée, sensibilité affective et investissement de la réalité externe. Il s'agit de savoir si la pensée est investie et mobilisée, si elle est opérante ou débordée par des mouvements projectifs, si elle est investie à des fins défensives ou créatrices. L'important est de pouvoir repérer l'existence, ou l'absence, d'un cadre permettant de cerner réalité interne et réalité externe malgré des vacillements sous le poids des pulsions ou des fantasmes. La pensée est-elle intériorisée, évitée et projetée sur l'extérieur, envahie ? Il s'agit également de repérer si ces débordements sont transitoires sous le poids d'une problématique, ou rendent compte d'une désorganisation plus profonde. Enfin, il s'agit de repérer si le sujet est en mesure de s'inscrire dans la créativité et ainsi l'aire transitionnelle.

3.2.1.5. La qualité de la représentation de relation et de l'investissement objectal

Le Rorschach permet de qualifier la représentation de relation et l'investissement objectal notamment à travers l'analyse des kinesthésies (K, kan, kob, kp). La kinesthésie évalue

la capacité à élaborer le conflit. Cela implique la prise en compte et le maintien du cadre formel. Les kinesthésies, en plus de rendre compte d'une certaine créativité de la pensée et d'un investissement de l'aire transitionnelle avec souvent du plaisir, témoignent des modalités relationnelles du sujet. Celles-ci peuvent être sous-tendues par un mouvement pulsionnel agressif et/ou libidinal impliquant dès lors la prise en charge des conflits et leur potentielle élaboration ainsi que l'influence des processus secondaires. Elles peuvent, au contraire, être sous-tendues par un investissement narcissique de l'image de soi où l'investissement narcissique domine sur l'investissement objectal. Les kinesthésies narcissiques impliquent une dynamique pulsionnelle gelée avec des kinesthésies statiques, de posture, dans un évitement de l'objectalité, de la relation, de la pulsion ou des fantasmes sous-jacents. La problématique narcissique s'observe également à travers des kinesthésies dites spéculaires, en reflet ou en miroir où l'altérité est déniée et où l'autre est un double de soi. Les kinesthésies d'objet (kob) mettent en jeu la pulsionnalité en dehors de la relation.

Les planches bilatérales rendent également compte de la gestion des relations et des modalités relationnelles du sujet à travers la perception de personnages humains en relation ou avec absence de relations. Il convient également de s'intéresser aux planches relationnelles (planche I, rencontre avec l'objet ; planche X, séparation ; planches VII et IX, relation à l'imago maternelle, planche IV, relation à l'imago paternelle) pour identifier les modalités relationnelles du sujet avec ses premiers objets et ses objets internes. Nous nous intéresserons particulièrement à la relation à l'imago maternelle et à l'identification à cette dernière de par leur importance dans le devenir mère. Les relations aux imagos influencent en effet les relations actuelles du sujet au monde et à l'autre. La sensibilité à l'environnement convient également d'être prise en compte.

Nous étudierons avec minutie ces différents indices qui ont également trait à la problématique toxicomane en lien avec le conflit narcissico-objectal et la problématique de dépendance.

3.2.1.6.L'organisation défensive du sujet

En clinique projective psychodynamique psychanalytique, le repérage et l'identification des mécanismes de défense à l'œuvre dans les réponses du sujet testé constituent l'un des critères majeurs de l'interprétation (Chabert, 1998). Néanmoins, l'on ne peut jamais observer d'emblée un mécanisme de défense. L'on repère les manifestations d'anxiété et de défense

contre cette angoisse qui peut être générée à la fois par la situation de test et les affects et représentations suscités par la sollicitation latente de la planche. Vica Shentoub (1990) insiste sur le fait que toute réponse projective comporte une part d'élaboration défensive, qui détermine le point d'équilibre trouvé par le sujet entre les motions pulsionnelles inconscientes réactivées par le stimulus et la fantaisie consciente qu'il pourra produire et communiquer au psychologue. Cette élaboration défensive n'est pathologique que si elle recourt à des procédés répétitifs, rigides, qui empêchent la prise en charge par le moi de ces motions inconscientes, ou au contraire qui ne peuvent les soumettre au travail des processus secondaires. Le repérage de certains mécanismes défensifs au Rorschach reste complexe.

3.2.2. *TAT*

3.2.2.1. *Analyse du protocole*

L'analyse du protocole du TAT s'organise à partir de la feuille de dépouillement qui recense les procédés du discours utilisables par le sujet et qui s'articulent étroitement avec les mécanismes défensifs. Il s'agit alors de déterminer les mécanismes utilisés par le sujet dans l'ensemble de ses réponses, de repérer l'efficacité des procédés en fonction des problématiques abordées, ce qui rend compte de la possibilité du sujet de conflictualiser (intrapsychique) ou non. La première feuille de dépouillement fut élaborée par Shentoub en 1968. Debray (1978) introduit ensuite les procédés factuels. En 1981, Foulard intègre certains procédés narcissiques. Enfin, en 1998/2000, une nouvelle catégorie fait son apparition intégrant les procédés qui rendent compte de l'investissement des limites. En 2001, Chabert réorganise ainsi les procédés du discours en quatre catégories (rigidité, labilité, évitement du conflit et émergence de processus primaires). La feuille de dépouillement des procédés du TAT dans sa dernière version (Brelet-Foulard & Chabert, 2003) est proposée en annexes.

Les sollicitations latentes des planches confrontent le sujet à des problématiques qui peuvent être traitées sur un versant plus œdipien ou plus archaïque. Le TAT vient particulièrement interroger la confrontation et l'élaboration de la problématique œdipienne et de la problématique dépressive, de perte d'objet. L'analyse du TAT à travers la cotation des procédés du discours, à l'aide de la feuille de dépouillement des procédés, mais aussi des réponses obtenues à chaque planche, va nous permettre de mettre en évidence les modalités des relations objectales, ses modalités défensives, ses modalités d'angoisses associées et ainsi les problématiques en jeu chez le sujet. Cela va également nous fournir des indications sur la structuration de l'identité et la qualité des limites entre monde interne et monde externe.

Il est bien entendu que nous nous attendons à repérer des procédés appartenant aux quatre catégories de procédés. Ce qu'il est important de mettre en lumière est la prévalence de certains procédés appartenant à un type de modalité particulier, s'il en est fait une utilisation souple et si ces procédés sont opérants.

3.2.2.2. La problématique œdipienne

La problématique œdipienne, la possibilité de s'y confronter et son élaboration sont mises en jeu aux planches 1, 2, 4, 5, 6GF, 7GF et 9GF. La planche 1 confronte l'enfant immature à un objet adulte pouvant activer soit une angoisse de castration, soit une angoisse de perte plus ou moins élaborable. La planche 2 confronte le sujet au triangle œdipien questionnant la reconnaissance du couple parental et le renoncement à l'objet œdipien. La planche 4 introduit la question de la rivalité œdipienne avec l'introduction d'un tiers. Idem à la planche 9GF. La planche 5 introduit la curiosité sexuelle et les fantasmes de scène primitive nécessitant un positionnement vis-à-vis de l'instance surmoïque. La planche 6GF fait référence à une relation hétérosexuelle dans l'opposition conflictuelle entre désir et défense. La planche 7GF met à l'épreuve la relation mère/fille incluant la notion de « holding » et la transmission des valeurs féminines maternelles. Nous y serons particulièrement sensibles car en lien avec le processus de maternalité en cours chez les sujets. Cela vient également mettre en jeu les capacités identificatoires du sujet à travers la capacité de reconnaissance de la différence des sexes et des générations, étroitement liée à la différenciation des imagos parentales auxquelles le sujet s'identifie. Les capacités identificatoires ne peuvent s'appuyer que sur une identité stable.

3.2.2.3. La problématique de perte d'objet

L'élaboration de la position dépressive est particulièrement questionnée aux planches 3BM, 13B, et 16. La planche 3BM suppose une élaboration de la problématique dépressive par liaison entre représentation de perte et affects dépressifs, et le dépassement de la problématique à travers les possibilités de se remettre du deuil et d'investir d'autres objets. Idem à la planche 13B qui convoque la capacité à être seul dans une situation précaire. Elle vient également mettre en jeu la qualité de l'étayage maternel, tout comme la planche 7GF. L'étayage maternel, le holding et la régularité des soins participent activement à la possibilité de se séparer du premier objet et ainsi au dépassement et à l'élaboration de la problématique dépressive. L'ensemble concourt à l'édification de l'identité, de l'investissement narcissique de soi et de la construction de limites stables entre monde interne et monde externe. La planche 16 convoque les objets internes du sujet et la structuration avec les objets externes, ainsi que leurs relations. Nous

serons particulièrement attentives au traitement de la problématique dépressive chez nos sujets de recherche dans la mesure où cette question est centrale dans la problématique addictive.

3.2.2.4. La problématique identitaire, narcissique

La planche 10 induit une confusion des limites perceptives qui interroge l'existence et la stabilité des limites entre soi et l'autre. La planche 19 met à l'épreuve les limites entre dedans/dehors, bon/mauvais et réactive des problématiques archaïques dépressives et/ou persécutives, selon les capacités de contenance et de différenciation du sujet. Nous avons déjà mentionné l'articulation entre la planche 16 et la problématique narcissique. La prévalence de procédés CN témoigne d'une fragilité narcissique, tandis que la prévalence de procédés E met en lumière des troubles identitaires avérés. Comme pour le test du Rorschach, nous porterons notre attention sur les modalités de traitement de cette problématique chez nos sujets.

3.2.2.5. La qualité des limites entre monde interne et monde externe

Le TAT, comme nous l'avons déjà dit, met en jeu l'articulation entre perception et projection et convoque la possibilité de « jouer » dans l'aire transitionnelle. Cela implique par ailleurs l'existence d'une frontière stable et souple entre monde interne et monde externe, favorisé par la bonne qualité des assises narcissiques du sujet. Une prévalence de procédés A et B témoigne d'une capacité de conflictualisation intrapsychique qui implique dès lors un espace psychique bien constitué et différencié du monde extérieur. Une difficulté d'accès à l'aire transitionnelle apparaît par l'importance des procédés C d'évitement du conflit. Les procédés CN, CL et CF rendent compte du surinvestissement des limites, de leur effraction et du surinvestissement de la réalité externe au détriment du monde interne. Cela témoigne de difficultés de mentalisation par défaut ou par mise à distance des émergences pulsionnelles et fantasmatiques. Le procédé CF empêche le déploiement de la conflictualité. Il peut s'articuler avec le procédé A11. Les procédés E rendent ainsi compte de la massivité de la projection et du surinvestissement de ce fonctionnement au détriment du perceptif. Ils rendent également compte de l'effraction du pare-excitation face aux sollicitations des planches. Cela peut s'articuler à une problématique œdipienne par un retour du refoulé ou traduire des difficultés de contenance psychique. De nouveau, nous serons sensibles à la qualité des limites (chez) concernant nos sujets de recherche.

3.2.2.6. Les modalités défensives

La feuille de dépouillement rend compte de quatre grandes catégories de mécanismes défensifs, sous-tendant une certaine organisation psychique. Ainsi, une prévalence de procédés A rend compte d'une organisation défensive plus rigide tandis qu'une majorité de procédés B témoigne d'une organisation défensive plus labile. Les procédés C impliquent un évitement du conflit dans une problématique narcissique et de fragilités des limites. Enfin, une majorité de procédés E implique une désorganisation psychique massive. Il convient néanmoins de s'intéresser à la qualité opérante des procédés défensifs face aux différentes problématiques mobilisées par le matériel test.

ANALYSES CLINIQUES DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO ET DES FEMMES NON TOXICOMANES : RAPPEL DES SITUATIONS DES SUJETS DE LA RECHERCHE

Les analyses cliniques complètes et détaillées des entretiens et des tests projectifs de chaque sujet sont présentées en annexes. Nous avons choisi de ne pas les intégrer au corps du texte pour éviter toute redondance dans la mesure où les éléments issus de ces analyses cliniques sont largement intégrés à notre discussion et à la mise à l'épreuve de nos hypothèses de recherche présentés ci-après.

Il était néanmoins important de rappeler la situation de chaque sujet de la recherche, de façon à faciliter la compréhension de la discussion au lecteur. Nous distinguerons le groupe des femmes toxicomanes et/ou sous TSO du groupe des femmes non toxicomanes.

1. RAPPEL DE LA SITUATION DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO

1.1. Anaïs

Anaïs est âgée de 29 ans lors de notre première rencontre. Elle attend son premier enfant, un petit garçon que nous prénommerons James. Elle vit en couple avec le père de son fils dans leur logement personnel. Son conjoint est sous traitement de substitution aux opiacés mais ne consomme plus de produits. Anaïs est sans emploi.

Anaïs consommait encore de l'héroïne ponctuellement avant la grossesse, malgré son TSO mis en place plusieurs années auparavant. Elle a arrêté l'héroïne pendant la grossesse mais continuait de fumer du tabac. Les consommations d'héroïnes ont repris, toujours de façon ponctuelle, après la naissance de son fils.

1.2. Juliette

Juliette est âgée de 21 ans lors de notre premier entretien. Elle attend une petite fille que nous prénommerons Adèle et a déjà un fils âgé de deux ans et demi. Elle vit avec le père de ses deux enfants dans leur logement personnel mais le couple se séparera après la naissance de leur

filles. Son conjoint est dépendant aux opiacés et présente une problématique alcoolique. Juliette est sans emploi.

Juliette est sous traitement de substitution aux opiacés mais consommera occasionnellement de l'héroïne avant, pendant et après la grossesse. Elle fume également du tabac mais a arrêté le cannabis.

1.3. Bérengère

Bérengère est âgée de 30 ans lors de notre première rencontre. Elle est déjà mère d'un garçon de huit ans et attend un nouveau petit garçon que nous prénommerons Léo. Elle vit en couple avec le père de ce second enfant dans leur logement personnel. Son conjoint n'est pas consommateur et n'a pas connaissance du passé de toxicomane et du recours au TSO de sa compagne. Bérengère a un emploi.

Bérengère est sous TSO depuis sept ans. Elle fume également du tabac.

1.4. Carine

Carine est âgée de 31 ans lors de notre premier entretien. Elle attend son premier enfant, une fille que nous prénommerons Amandine. Elle vit en couple avec le père du bébé, également consommateur de drogues. Ils vivent chez le père de ce dernier. Carine est sans emploi.

Carine consommait ainsi encore de l'héroïne en début de grossesse, avant d'avoir connaissance de son état, en plus du TSO. Elle fume du tabac mais a stoppé ses consommations de cannabis. Elle n'a pas repris les consommations d'héroïne après la grossesse.

1.5. Sonia

Sonia est âgée de 33 ans lors de notre première rencontre. Elle attend son premier enfant, une petite fille que nous prénommerons Emilie. Elle vit en couple avec le père de cet enfant dans leur logement personnel. Son conjoint est sous TSO mais consomme encore des produits occasionnellement. Sonia a un emploi.

Sonia a arrêté toutes les consommations de drogues à la connaissance de sa grossesse, excepté le tabac et le cannabis. Elle est sous TSO. Elle reprendra des consommations occasionnelles d'héroïne après la naissance de sa fille.

1.6. Chloé

Chloé est âgée de 27 ans lors de notre premier entretien. Elle attend son premier enfant, un petit garçon que nous prénommerons Antoine. Elle vit en couple avec le père de son fils

dans leur logement personnel. Son conjoint n'est pas consommateur mais est au courant du passé et sa compagne ainsi que de son recours à un TSO. Chloé est en reconversion professionnelle.

Chloé était sous traitement de substitution avant la grossesse malgré une rechute des consommations d'héroïne un an auparavant. Elle consomme également du tabac. Elle poursuivra le recours au TSO et au tabac après la grossesse.

2. RAPPEL DE LA SITUATION DES FEMMES NON TOXICOMANES

2.1.Éléonore

Éléonore est âgée de 29 ans lors de notre première rencontre. Elle attend son premier enfant, un petit garçon que nous prénommerons Dominique. Elle vit avec son conjoint dans leur logement personnel. Aucun n'est dépendant à une substance psychoactive. Éléonore a un emploi.

2.2.Théodora

Théodora est âgée de 34 ans lors de notre premier entretien. Elle attend un petit garçon que nous prénommerons Corentin. Elle a déjà trois enfants, une fille (treize ans) et un garçon (onze ans) d'une première union et un petit garçon âgé de deux ans avec le père de l'enfant qu'elle attend. Ils habitent dans leur logement personnel. Aucun d'eux n'est dépendant à une substance psychoactive. Théodora est en congé parental.

DISCUSSION

A. DISCUSSION

Les cas cliniques exposés rendent compte de la singularité des histoires de vie, des trajectoires autour du devenir mères des femmes toxicomanes et/ou sous traitement de substitution aux opiacés (TSO), ainsi que des mouvements psychiques en jeu. Nous tenterons dans notre discussion de mettre en évidence les éléments communs aux différents cas, tout en respectant cette singularité propre à la méthode clinique. Il s'agira à la fois de tenter de souligner les éléments pertinents permettant d'éclairer le processus de maternité chez la femme usagère de drogues et/ou sous TSO et de répondre à nos hypothèses de travail.

Avant d'aborder les résultats de notre travail, il nous paraît important de revenir sur certaines caractéristiques de notre population de recherche.

Âge des sujets de la recherche

75% des femmes rencontrées, qu'elles soient usagères de substances psychoactives ou non, étaient âgées de 27 à 33 ans lors de la première rencontre. La plus jeune des femmes, consommatrice, avait 21 ans et la plus âgée, non consommatrice, 33 ans.

Situation socio-économique

La moitié des femmes usagères de drogues et/ou sous TSO ont un emploi avant la grossesse. Idem pour les femmes non toxicomanes. L'ensemble des femmes, qu'elles soient usagères de drogues ou non, vit en couple avec le père de l'enfant. Toutes vivent également dans leur propre logement. Une seule des femmes toxicomanes et/ou sous TSO se séparera de son conjoint après la naissance.

Notre population de recherche diffère de celles les plus souvent représentées dans les études sociologiques et qui mettent en évidence des femmes souvent en grande précarité sociale, isolées, à la rue, ayant déjà été incarcérées et/ou prostituées (Cassen & al., 2004 ; Rouveau, 2013 ; Simmat-Durand & al., 2013). Ainsi, nos sujets font partie du groupe de femmes toxicomanes et/ou sous TSO dites « favorisées » par Simmat-Durand (2006). Ce qui semble être un biais de la recherche découle probablement de notre méthode de recrutement : unités d'addictologie, CSAPA et maternités. Toutes les femmes étaient d'ailleurs déjà investies dans un protocole de soin pour leur dépendance et/ou leur maternité. Celles-ci étaient également déjà toutes sous TSO. Le profil des sujets aurait été plus hétérogène avec un mode de recrutement

différent. Néanmoins, et bien que les structures d'addictologie de l'Ouest Normand ne disposent d'aucun chiffre exact, l'ensemble des professionnels de ces institutions soulignent qu'ils ne rencontrent quasiment pas ce type de population en grande précarité. La population féminine toxicomane serait-elle alors différente en termes de conditions socio-économiques entre les grandes métropoles françaises, où sont majoritairement réalisées les enquêtes et études, et les territoires plus ruraux ?

1. PROCESSUS DE MATERNALITE CHEZ LES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO

1.1.Histoire de vie et relations aux figures parentales

Comme cela est très souvent mis en évidence dans le parcours de vie des sujets toxicomanes, cinq des six sujets font mention d'une enfance et/ou d'une adolescence marquées par des carences affectives, des ruptures (divorce des parents et rupture/abandon par le père pour trois d'entre elles avec contacts parcellaires) et des violences intrafamiliales. Lorsque le couple parental s'est séparé, les enfants sont restés avec leur mère. Une seule des femmes a été placée en foyer à ses dix-sept ans, semble-t-il à sa demande du fait du contexte familial violent et insécurisant (Juliette).

La figure maternelle apparaît tour à tour violente, destructrice, envahissante, dépressive, abandonnique et/ou inconsistante (« copine ») pour quatre des (futures) mères (Anaïs, Juliette, Sonia, Chloé), ce que l'on repère également aux tests projectifs. Trois d'entre elles (Anaïs, Chloé, Sonia) se sont retrouvées dans une position parentifiée à l'égard de leur mère qu'il fallait protéger malgré des sentiments contrastés. L'on note également chez deux de ces quatre femmes (Anaïs, Sonia) une grande ambivalence entre attente de reconnaissance et d'affection et crainte d'envahissement, également visible au test du Rorschach pour Sonia. Les représentations concernant la figure maternelle sont alors plus souvent négatives ou bien idéalisées dans une crainte de perte d'objet et où le père ou une sœur occupent la place de mauvais objet. Le désir de reconnaissance, d'attention et d'affection de la part des figures parentales est également majoré chez Juliette. De fait, il apparaît difficile pour ces sujets de pouvoir s'identifier à une « suffisamment bonne image maternelle » pendant la grossesse. L'on repère ainsi un désir de différenciation marqué chez trois des femmes (Anaïs, Juliette et Sonia) et des tentatives de mise à distance par Juliette. Anaïs fait cependant référence à sa grand-mère maternelle comme figure maternelle de substitution face à une mère violente et abandonnique.

Le désir de différenciation par rapport à la figure maternelle apparaît également chez les autres femmes avec néanmoins des possibilités de s'y identifier sur certains points sans que cela ne relève d'une idéalisation pathologique (Béregère, Carine, Chloé). Cela est également repéré aux tests projectifs. Les mères de ses femmes sont en effet objet de représentations plus positives, représentant un modèle identificatoire. Cela traduit une capacité à s'identifier à une « bonne image maternelle », ce qui est de bon augure pour la construction et l'accès au statut psychique de mère. D'autant qu'elles sont également en mesure de critiquer leur mère et leur éducation avec des désirs opposés pour leurs propres enfants (différenciation). Seule Béregère décrit sa mère en termes de perfection, laissant entendre la difficulté peut-être à dépasser cette mère, de passer du statut de fille à celui de mère, de se séparer donc de sa mère et de ses parents. La relation à ces derniers est marquée par une dépendance affective massive avec toujours le besoin d'obtenir leur aval, de répondre à leurs attentes et leurs souhaits à son égard, attentes qui peuvent découler de ses propres projections, dans quelque chose d'un idéal à atteindre. Carine présente également une relation anaclitique à ses parents et s'attribue une fonction de « réparation » dans quelque chose d'une dette à payer auprès de sa mère notamment, qui s'articule ainsi à la problématique œdipienne mais également à la problématique de perte, massive.

Le père, lorsqu'il est présent, semble inconsistant et/ou la relation de proximité apparaît menaçante à l'adolescence de par la remise en jeu de fantasmes incestueux (Grégoire, 2010). Cela s'articule à un climat violent et incestuel (Juliette et Sonia) ainsi qu'au défaut d'intériorisation des interdits œdipiens (Chabert, 2003, 2012a, 2012b).

Néanmoins, la reconnaissance et l'amour paternel sont recherchés pour deux des femmes sur un versant plus œdipien (Carine et Chloé). Cela s'articule d'ailleurs à une rivalité œdipienne avec la mère alors massivement contre-investie dans un désir de protection et/ou de réparation associée à une angoisse de perte de l'objet.

La dernière femme (Béregère) n'évoque pas de dysfonctionnements familiaux particuliers pendant l'enfance ou l'adolescence. Elle mentionne cependant son départ du domicile parental à seize ans pour aller vivre dans la famille de son copain. Nous pensons à une problématique de séparation-individuation exacerbée où la séparation a probablement dû être mise en acte à défaut de pouvoir être élaborée psychiquement.

La dépendance aux figures parentales et surtout à la figure maternelle est prégnante chez tous les sujets, caractérisant une relation anaclitique qui semble également définir la relation avec leur conjoint dont nous discuterons par la suite.

Aucune femme ne fait état de problématique de dépendance dans les générations précédentes. Les frères et sœurs de quatre d'entre elles présentent en revanche une problématique addictive (héroïne et/ou alcool et/ou cannabis). Une seule fait état de troubles psychiques (psychose maniaco-dépressive), diagnostiqués chez sa mère au cours de notre recherche.

La grossesse et la naissance de leur enfant viennent mettre en exergue le désir de renouer les liens avec la figure maternelle chez deux des femmes (Anaïs, Juliette) et/ou avec la figure paternelle pour Carine, ou encore un désir de renforcer les liens avec la famille où le bébé semble alors faire office de « cadeau » offert à la famille dans une tentative de « réparation » (dette ?) contra-dépressive (Carine).

Le devenir mère semble également avoir favorisé une évolution des relations mère-fille vers une tentative de séparation et un changement des places générationnelles avec la prise d'une certaine distance pour plusieurs femmes (Béregère, Chloé, Sonia). Sonia faisait ainsi état, pendant la grossesse, des changements intrapsychiques rendant compte des réaménagements des relations et des places générationnelles. Cela éclaire parfaitement la réactualisation et la tentative d'élaboration des conflits (objectaux et narcissiques) favorisées par la grossesse, qui semblent néanmoins projetés sur l'extérieur avec une tentative de résolution dans la réalité. Cela n'empêche cependant pas que ce mécanisme joue également intrapsychique.

Néanmoins, la relation de dépendance anaclitique perdure pour la totalité d'entre elles.

Leur mère représente, pour les femmes en capacité de s'y identifier, un soutien et une personne-ressource concernant la maternité et l'être-mère (Béregère, Carine, Chloé). Anaïs s'appuie beaucoup sur les professionnels d'addictologie et de périnatalité qui l'accompagnent ainsi que son bébé. Cela est cependant source d'ambivalence dans la mesure où elle se sent « dépendante » des professionnels. Juliette a également fait l'expérience d'un soutien autour de la parentalité, à sa demande, pour son fils aîné. Enfin, Sonia semble pouvoir s'appuyer sur ses beaux-parents en tant que soutien et figures d'identification dans sa maternalité. Par ailleurs, elle a également été accompagnée par une psychologue pendant plusieurs années, ce qui a

probablement favorisé la réorganisation des relations objectales, la séparation à la mère, permettant du même coup un accès à un statut plus mature et probablement à la grossesse et au devenir mère. La grossesse a, semble-t-il, également été favorisée par le décès du père, réduisant ainsi la portée des fantasmes œdipiens incestueux majorés du fait d'un contexte d'excitation latent. Les conflits qui se jouent avec l'extérieur, au cours de sa grossesse, et leur progressive élaboration ainsi que la centration de Sonia sur sa propre famille, favorisés par la grossesse, traduisent la poursuite du travail de réaménagement des relations à la mère et du conflit narcissico-objectal.

1.2. Evolution des consommations de substances psychoactives

1.2.1. Début des consommations de substances psychoactives

L'ensemble des femmes situe le début des consommations à l'adolescence. La toxicomanie s'est installée rapidement selon elles, bien qu'elles n'en aient pas eu conscience (déli) à l'époque. L'on peut ainsi mettre en lien le début des consommations avec les remaniements somatopsychiques de la puberté. La dépendance semble en effet s'articuler à des troubles du processus de séparation-individuation chez l'ensemble de nos sujets. La drogue représente à la fois une tentative de se séparer mise en acte par défaut d'élaboration psychique de cette séparation mais aussi, paradoxalement, une tentative de maintenir le lien (Jeammet, 2003, 2005). Le produit se pose comme tiers face à une relation fusionnelle, de dépendance à leur mère ou leurs parents, autant menaçante que recherchée par les sujets. Il s'agit d'une béquille, médiateur de la relation à l'autre.

Le produit avait également pour fonction, pour une partie des femmes rencontrées (Juliette, Sonia, Chloé), d'être une tentative de mise à distance de fantasmes incestueux trop menaçants du fait d'un climat familial incestuel (Chabert, 2003, 2012a, 2012b).

L'avènement de la problématique addictive se pose également, pour les six femmes rencontrées, comme défense contre un vécu dépressif. Le TSO semble d'ailleurs toujours occuper cette fonction par la suite. La drogue était ainsi recherchée pour éviter les sentiments négatifs, les angoisses, les conflits, les difficultés du monde extérieur et notamment les problématiques familiales et le mal-être psychique (Freud, 1927, 1930 ; Goodman, 1990 ; McDougall, 2004 ; Olivenstein, 1978 ; Pédinielli, 1995). Cela peut aller jusqu'à la défonce et ainsi la recherche de l'absence de sensations, du Nirvana pour Anaïs (Freud, 1930 ; McDougall, 2004 ; Touzanne, 2009). L'oubli était ainsi recherché.

La compréhension des enjeux ayant participé à l'évènement de la dépendance met en évidence les problématiques narcissico-objectale et identificatoire en jeu chez ces femmes à

l'adolescence qui n'ont pu s'élaborer du fait de perturbations du processus de séparation-individuation par défaut de l'internalisation de l'objet et de carences au sein des relations précoces. Se détacher des figures parentales apparaît impossible, soulignant l'existence d'une relation de type anaclitique repérée chez l'ensemble des sujets de notre recherche.

L'évolution vers une stabilisation du TSO (utilisé de façon quotidienne, sans mésusage malgré des reprises occasionnelles d'héroïne) intervient entre cinq et dix ans après le début des consommations de drogues, souvent après plusieurs tentatives infructueuses de mise sous TSO (mésusage et/ou reprise systématique d'héroïne) (Carine, Chloé, Sonia) et/ou de cures (Anaïs, Juliette). Nous n'avons pas identifié de déclencheur spécifique mais nous manquons d'informations et de repères temporels relatifs aux différents événements de vie relatés par les sujets. Nous pouvons néanmoins mettre en évidence le lien entre début et/ou fin des consommations/passage au TSO et rencontre ou rupture avec le conjoint (rencontre : Anaïs, Chloé ; rupture : Bérengère, Chloé). Ce que les auteurs avaient déjà mis en évidence (Courty, 2010 ; Epstein & McCrady, 2002 ; Lex, 1995 ; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003, cités dans Barrault, 2013). Leurs parents ou des figures d'autorité (école) sont également à l'origine des premières tentatives de mise sous traitement et/ou de cure pour certaines d'entre elles (Bérengère, Juliette). Enfin, Sonia évoque l'investissement dans le travail, dans une vie plus « adulte » en tant que déclencheur d'un suivi TSO régulier.

1.2.2. Produits consommés avant la grossesse

Toutes les femmes avaient recours à un traitement de substitution aux opiacés depuis plusieurs années avant la grossesse, prescrit en CSAPA ou par le médecin traitant. Toutes évoquent un suivi régulier en lien avec ce traitement. Néanmoins, il était associé à des consommations plus ou moins occasionnelles d'héroïne pour quatre d'entre elles et parfois à du cannabis (Anaïs, Juliette, Carine et Sonia). Rosenblum (2004, 2006, 2009a, 2015) notait à ce sujet que le rapport à la consommation de drogues des femmes n'est pas transformé radicalement par la prise du TSO puisque les consommations de substances psychoactives (opiacés notamment) ne sont pas totalement interrompues, les femmes parlant alors de « gestion » des produits. Tous nos sujets consommaient également du tabac.

1.2.3. Produits consommés pendant la grossesse

L'ensemble des sujets ont eu recours au TSO et au tabac pendant leur grossesse.

Deux des femmes (Anaïs et Juliette) évoquent des consommations ponctuelles d'héroïne en début ou en fin de grossesse après avoir pourtant arrêté les produits stupéfiants à l'annonce de leur état.

Une autre femme (Carine) a également consommé de l'héroïne en début de grossesse mais dans un contexte différent. En effet, c'était avant d'avoir connaissance de sa grossesse à trois mois passés. La connaissance de la grossesse a, par la suite, entraîné un arrêt de tous les produits autres que le TSO (dont son traitement antidépresseur) qui a par ailleurs été stabilisé. L'on peut alors penser que la grossesse et l'enfant en soi ont entraîné un renflouage narcissique suffisant pour modifier la dépendance. Néanmoins, le TSO a été maintenu. Il en est de même pour une autre femme (Sonia) qui a arrêté les consommations d'héroïne, de cocaïne et d'alcool à l'annonce de sa grossesse et a largement diminué ses consommations de cannabis.

La grossesse et l'enfant en soi représentent pour toutes les femmes un frein aux consommations et ainsi un « pare-drogue », bien que le renflouage narcissique induit ne soit pas suffisant pour faire disparaître les envies qui perdurent chez la majorité des femmes. Ces envies peuvent d'ailleurs être réactionnelles à l'état de grossesse et à la présence de l'autre en soi ainsi qu'aux remaniements somatopsychiques induits. Nous en reparlerons. Seules deux d'entre elles qui ne consommaient plus d'héroïne, même occasionnellement, avant la grossesse (Béregère, Chloé) n'évoquent aucune envie de produit.

1.2.4. Evolution des consommations de substances psychoactives après la naissance de l'enfant

Trois des six femmes (Anaïs, Juliette, Sonia) évoquent de nouvelles consommations occasionnelles d'héroïne après la naissance de leur enfant.

Ces consommations apparaissent majoritairement entre le sixième mois et les un an de l'enfant bien que des envies soient déjà formulées lors de la rencontre au quatrième mois. Pour Anaïs, cette reprise des consommations semble avoir pour fonction un évitement et/ou une défense contre la réactualisation de conflits et problématiques infantiles en parallèle au développement de son enfant et à sa pulsionnalité. Cela s'articule également à des angoisses de perte extrêmement massives. Juliette poursuit également des consommations « rituelles » dans une recherche de « plaisir ». Sans pouvoir explorer davantage cette hypothèse, nous pensons que cela s'inscrit dans un déplacement de la sexualité sur la relation au produit impliquant alors une non-reconnaissance de l'autre-sujet (dans une forme de néo-sexualité selon le concept de

McDougall, 1982). Néanmoins, ces consommations ont également fonction d'évitement de représentations et affects négatifs. Enfin, Sonia faisait partie des femmes qui avaient arrêté toutes consommations occasionnelles pendant leur grossesse avec diminution drastique du cannabis. Les consommations semblent être liées à un conflit narcissico-objectal exacerbé par une centration sur le bébé.

Les trois autres femmes évoquent également des envies de recourir à l'héroïne sans pour autant toucher au produit. Cela a néanmoins conduit l'une d'entre elles (Béregère) à surconsommer son traitement et une autre (Chloé) à l'augmenter après la naissance de son bébé. La drogue comme le TSO occupent alors une fonction antidépressive majeure. Les envies et/ou le mésusage du TSO interviennent en effet pour faire face à des événements douloureux, pour « gérer » le quotidien ou la fatigue et pour être toujours « au top » face à un Idéal du Moi tyrannique, entraînant une crainte exacerbée face au manque pour Béregère. Le TSO est cependant paradoxalement source d'une représentation très dévalorisée et le manque semble néanmoins recherché inconsciemment comme punition pour cette dernière. Les envies et/ou le mésusage mettent également en évidence la difficulté à composer avec l'ennui, la solitude, la perte et le manque. Cela pourrait également être mis en lien avec l'autonomisation du bébé et la fin de la relation fusionnelle qui est à la fois recherchée et menaçante pour certaines femmes, associées à des angoisses de séparation massives. Le TSO fait alors de nouveau office de médiateur de la relation entre angoisse de séparation et angoisse de dépendance.

Le bébé représente pour toutes ces jeunes mères un frein majeur aux consommations et/ou à l'augmentation du TSO perçue comme une régression négative. Il est source, chez l'ensemble des sujets, d'une responsabilisation et d'un changement du mode de vie (Cassen & al., 2004 ; Lacroux-Négrier & al., 2001 ; Rosenblum, 2004, 2006, 2009a ; Simmat-Durand, 2007). Il n'est cependant pas venu remplacer l'objet-drogue ou l'objet-TSO. Par ailleurs, le développement de leurs enfants vient réactualiser des problématiques toujours en souffrance chez ces femmes et qui peuvent conduire à une reprise des consommations de drogues. Les premiers mois de vie de l'enfant s'avèrent ainsi une période de fragilité pour l'ensemble des jeunes mères malgré une grossesse relativement « bien tempérée ».

1.3. Grossesse

1.3.1. Antécédents de grossesse

Quatre des six femmes (Anaïs, Béregère, Chloé, Sonia) mentionnent un ou plusieurs antécédents d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) qu'elles expliquent par l'incompatibilité d'élever un enfant avec leur mode de vie et/ou des consommations massives

de drogues à cette époque. Juliette évoque une IMG (Interruption Médicale de Grossesse) à dix-sept ans, suivie de deux fausses-couches avant d'avoir un petit garçon (avec son conjoint actuel), âgé de deux ans et demi lors du premier entretien. Bérengère a également un autre enfant, d'un père différent, âgé de huit ans au début de la recherche. Les deux enfants vivent avec leur mère.

L'ombre des IVG plane sur les grossesses actuelles pour une partie des futures mères. Elle a ainsi influencé le choix de garder son enfant pour Anaïs, dans l'impossibilité de revivre cette expérience traumatique. Elle vient également questionner Chloé sur ses capacités à procréer après cette expérience. L'on peut penser que ces grossesses non-menées à terme pouvaient venir mettre à mal les femmes du fait des remaniements psychiques et mouvements pulsionnels qu'elles pouvaient induire, menaçant leur intégrité psychique et physique. Néanmoins, ces premières grossesses avortées pouvaient signer une mise en acte, prémisses à une potentialité d'élaboration de la problématique de dépendance, qui a favorisé la grossesse actuelle. Ces mises en acte pourraient ainsi représenter une tentative de « liaison signifiante » (Roussillon, 2008) et avoir favorisé une intégration partielle des éléments traumatiques. En effet, ces IVG ont pu avoir fonction symbolique de tuer la mère en soi pour tenter de s'en séparer dans une relation fusionnelle anaclitique. La mère n'apparaîtrait plus alors comme unique détentrice du pouvoir de procréer, toute-puissante (Seince & al., 2004). Les grossesses adolescentes de Juliette pourraient également avoir eu cette fonction. Les IVG ont par ailleurs pu s'articuler à des fantasmes incestueux trop menaçants pour d'autres femmes (Sonia, Chloé) (Ibid.). Les grossesses non menées à terme ont pu favoriser aussi le passage au TSO par les remaniements psychiques et notamment le réaménagement narcissico-objectal potentiellement induit. Cela rendrait alors compte d'une phase de maturation psychique ouvrant sur la potentialité d'un processus de maternalité lors d'une nouvelle grossesse. Le vécu du devenir mère serait alors plus symbolisé et mentalisé que lors de la première grossesse interrompue par l'IVG en tant que passage à l'acte.

Ainsi, la première grossesse non menée à terme semble s'articuler étroitement avec une évolution de la problématique de dépendance chez Anaïs qui s'inscrit maintenant dans quelque chose de moins corporel et archaïque (passage de l'injection au sniff) bien qu'elle soit toujours très prégnante. Cette première grossesse intervient également suite au décès de sa grand-mère et à la rencontre avec son actuel conjoint, bienveillant, étayant et objet de dépendance, qui ont pu également favoriser certains remaniements psychiques. Nous ne savons cependant pas si la première grossesse est intervenue avant ou après la modification du type de consommations.

Cette première grossesse a pu, dans un premier temps, venir illusoirement combler le vide laissé par l'arrêt de l'injection dans une recherche de complétude narcissique.

De même pour Bérengère dont la grossesse pour son fils aîné a conduit à un arrêt total de toutes les consommations de drogues. Cela laisse penser que la grossesse pouvait représenter une tentative de trouver à l'extérieur la butée qu'elle ne trouvait pas en son for intérieur pour arrêter ses consommations (Rosenblum, 2009a & b). L'état de grossesse et les premiers temps des relations précoces sont marqués par la fusion et la complétude narcissique, encore activement recherchées par Bérengère. La reprise de consommations quotidiennes aurait eu lieu au début de l'autonomisation de son fils (autour de trois ou quatre mois), à la fin de la fusion narcissique. Il est possible que les trois grossesses suivantes, « accidents », non désirées, soldées par des interruptions volontaires de grossesse (IVG), soient venues traduire la recherche de la relation fusionnelle. Bien que ces grossesses n'aient pas été menées à terme, il nous semble que des remaniements narcissico-objectaux ont pu se jouer, permettant alors la sortie de la relation toxique avec son conjoint et parallèlement, la sortie de la toxicomanie pour la mise en place du traitement de substitution.

Les consommations d'héroïne sont par ailleurs, pour Juliette, beaucoup moins massives pendant cette nouvelle grossesse que lorsqu'elle attendait son fils aîné. L'arrêt des consommations et la stabilisation du TSO se sont jouées à la naissance de son fils aîné, lorsqu'il a fait un syndrome de sevrage ayant nécessité une hospitalisation de trois semaines en Unité Kangourou mais surtout du fait de son désir de l'allaiter. La relation fusionnelle favorisée par l'allaitement, le renflouage narcissique qu'il peut impliquer, auraient-ils alors permis de laisser de côté les consommations à cette époque ? Cette première grossesse menée à terme n'aurait pas entraîné de renflouage narcissique suffisant du fait des remaniements psychiques et pulsionnels trop menaçants. Elle pouvait également être envahie par le traumatisme de l'IMG et de fausses couches (comme c'est le cas pour la grossesse actuelle) qui ont pu grandement favoriser les consommations massives de drogues au cours de la grossesse. Juliette avait néanmoins repris des consommations occasionnelles d'héroïne après l'arrêt de l'allaitement maternel. Ce que l'on pourrait alors mettre en lien avec la fin de la relation fusionnelle.

1.3.2. Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

Les six femmes évoquent un désir de grossesse mais « pour plus tard », autrement dit lorsqu'il n'y aurait plus de TSO. Néanmoins, aucune n'avait recours à la contraception, soulignant un désir inconscient d'enfant actuel plus qu'un fantasme de stérilité. La grossesse

était désirée consciemment pour l'une des femmes (Chloé). Cela corrobore nos observations antérieures (Bazire & Proia-Lelouey, 2016a & b) suite à celles de Lacrouts-Négrier et al. (2001).

Cinq des femmes ont eu connaissance de leur grossesse rapidement (avant deux mois) par le biais des changements physiques et des sensations physiologiques alors attribués à la grossesse. Cela traduit un investissement du corps et de leur image corporelle suffisant (Rosenblum, 2009a) et s'oppose aux observations de Franchitto et al. (2010) pour qui le trouble du schéma corporel empêche la reconnaissance des sensations dues à la grossesse et des mouvements fœtaux. La reconnaissance de changements en lien avec la féminité (seins) marque une reconnaissance du corps féminin. Cette observation va également à l'encontre de celles de Franchitto et al. (2010) puisque cela implique l'absence d'un déni total du corps féminin. Cette reconnaissance du corps féminin est cependant à modérer puisque l'on observe des troubles de l'identification sexuée et un malaise par rapport à la féminité aux planches maternelles et bilatérales du Rorschach pour l'ensemble des sujets. Cela témoignerait de troubles de l'accès et de la reconnaissance de la féminité.

La dernière femme (Carine) a eu connaissance de sa grossesse plus tardivement mais cela semble plus relever d'une dénégation/dissimulation de grossesse que d'un véritable déni (Bayle, 2008). Cela serait en partie lié au fait que son conjoint ne souhaitait pas garder l'enfant. La connaissance tardive de la grossesse a empêché toute possibilité d'avortement. La grossesse apparaît par ailleurs comme un moyen de se rendre indépendante de leurs familles en construisant une vie à trois, sa propre famille où elle occupera la place de parent et non plus de fille (CPLT, 1999). La grossesse peut traduire ce désir de séparation et d'autonomisation.

1.3.3. Changements corporels, mouvements fœtaux et investissement de la grossesse

L'état de grossesse est investi globalement positivement pour l'ensemble des femmes. Les premières semaines ont été marquées par des nausées pour Bérengère, rapidement passées, qui traduisent l'ambivalence inhérente à la grossesse de par l'intrusion de l'autre en soi. Ambivalence qui a ainsi été probablement élaboré dans un investissement fusionnel narcissique (Bydlowski, 2000). L'état de grossesse est quelque chose de plaisant pour Bérengère, de même que les changements physiques induits. Bérengère a par ailleurs un fils de huit ans, ce qui a pu favoriser l'investissement de cette grossesse et des changements et sensations qu'elle entraîne.

Cela s'avère plus complexe pour la majorité des autres femmes. Ainsi, l'on repère une difficulté à intégrer les remaniements psychiques et les mouvements pulsionnels inhérents à la grossesse et à la présence de l'autre en soi qui se repère par l'apparition tardive et amoindrie de changements physiques liés à la grossesse, le sentiment de bizarrerie qui perdure ou encore la

difficulté à accepter les mouvements fœtaux et les premières sensations et perceptions induites par la grossesse et vécus comme angoissants. Des représentations mortifères en début de grossesse rendent également compte de cette difficulté. Cela renvoie à un refus, un rejet de l'autre en soi dont la présence peut raviver des fantasmes d'intrusion et de persécution pouvant mettre en péril le sentiment de continuité d'existence et des assises narcissiques déjà fragiles.

La difficulté à élaborer la présence de l'autre en soi nous renvoie à un conflit narcissico-objectal particulièrement prégnant chez Sonia en début de grossesse, où la différenciation de l'autre en soi semble majorée. Les mouvements fœtaux mettent également en jeu chez Anaïs des fantasmes d'effraction menaçant l'intégrité corporelle et psychique du fait d'une porosité des limites encore accentuée par la grossesse. Ce que l'on pourrait mettre en lien avec les consommations d'héroïne pendant la grossesse qui pourraient alors représenter une défense contre ces angoisses. La reprise des consommations rend également compte de la difficulté pour Anaïs d'intégrer et d'élaborer les mouvements pulsionnels, les reviviscences, les conflits et les remaniements psychiques induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi. La grossesse semble effectivement réactualiser des angoisses de perte massives, associées à des fantasmes mortifères, et qui se manifestent à travers des troubles massifs du sommeil, des angoisses phobiques et une hypervigilance, majorés en fin de grossesse. Par ailleurs, l'absence de changements et la difficulté à intégrer les mouvements fœtaux pourraient traduire un rejet, une résistance contre la reconnaissance de la temporalité induite par la grossesse et la présence et le développement d'un autre en soi conduisant normalement à la différenciation. Les consommations d'héroïne d'Anaïs ont également alors pu avoir fonction de défense contre ces processus qui introduisent la séparation. Ainsi, la difficulté à élaborer les remaniements somatopsychiques inhérents à la grossesse et à la présence de l'autre en soi a trait à la fois à des angoisses de séparation et de perte, et à l'émergence pulsionnelle et représentationnelle induite, et qui semble, dans un premier temps, difficilement élaborable et contenable. Cette dernière est ainsi potentiellement effractante et menaçante pour la psyché des sujets confrontés à des angoisses d'intrusion. La reprise des consommations se pose alors comme défense. Elles pourraient également traduire la mise en acte de la haine maternelle impossible à élaborer psychiquement dans un premier temps. Les désirs de mort étaient en effet majorés.

La difficulté à intégrer les remaniements somatopsychiques s'associe, pour Chloé et Sonia, à un besoin intense d'activité tournée vers l'extérieur plutôt qu'à une reprise des consommations de substances psychoactives. A cela, s'ajoute un besoin de maîtrise et de contrôle prédominant et/ou un désir de poursuivre leur vie sans différence jusqu'à l'accouchement. Cela rend compte de l'ambivalence inhérente à la grossesse et à la présence

de l'autre en soi, de la lutte contre la vie pulsionnelle, les représentations ou affects angoissants et potentiellement effractants. Cela rend surtout compte, nous semble-t-il, d'une difficile confrontation à la passivité qui renvoie Chloé et Sonia à un vécu de passivation (Green, 1990, 1999), remise au premier plan pendant la grossesse (Proia-Lelouey & Schvan, 2011). L'on peut penser que la reprise de produits pour les autres femmes traduit également la lutte contre ce vécu massif de passivation (Green, 1990, 1999). Bien que le surinvestissement de l'activité et du monde extérieur signe un défaut d'élaboration des remaniements somatopsychiques et pulsionnels induits par la grossesse, cela représente, selon nous, une défense moins archaïque que le recours aux produits.

Le recours aux produits, l'hyperactivité, le besoin de maîtrise et la difficulté à intégrer les changements physiques et les mouvements fœtaux pourraient également traduire une tentative d'annulation de la temporalité dans une tentative d'annulation de la perte (Cohen-Salmon & al., 2011).

Par ailleurs, il nous semble que les remaniements psychiques et les mouvements pulsionnels propres à la grossesse ont pu être, au moins partiellement, élaborés et intégrés par Chloé et Sonia. En effet, la grossesse et les changements physiques qu'elle implique sont investis beaucoup plus positivement en fin de grossesse (Chloé). Les mouvements fœtaux vont progressivement représenter un support de communication et d'interaction avec le bébé, garantissant alors son existence différenciée dans quelque chose de positif face aux angoisses d'intrusion (Sonia), et/ou une fonction de réassurance concernant la bonne santé du bébé. Cela implique donc une possibilité de les intégrer dans quelque chose de moins intrusif et de composer avec la haine maternelle (Anaïs). Nous partageons ainsi les observations de Cohen-Salmon et al. (2011) sur le fait qu'une grossesse est susceptible de modifier la dépendance, de mobiliser l'investissement libidinal et objectal au détriment de la centration addictive. Nous partageons également les observations de Rouveau (2013) qui souligne que les possibilités de changement reposeraient en partie sur la possibilité du sujet à investir l'espace-temps de la grossesse, celui-ci jouant un rôle médiateur, chargé de rendre tolérable les transformations psychiques et corporelles. La capacité à investir la grossesse influencerait par ailleurs la capacité à investir l'enfant dans une relative altérité par la suite.

La dissimulation/dénégation de grossesse de Carine nous renvoie par ailleurs à un « blanc d'enfant » (Cohen-Salmon, 2011) et de sensations qui auront par la suite permis une certaine élaboration des mouvements pulsionnels, représentations et remaniements psychiques induits par la grossesse et menaçants de prime abord. La confusion des sensations et le « blanc d'enfant » auraient pour but d'offrir un cadre favorisant l'accueil du nouveau-né (Ibid.).

L'élaboration progressive a sans doute contribué à l'état de grossesse comme renflouage narcissique ayant entraîné le besoin moins impérieux de consommer, avec l'arrêt des consommations d'héroïne, l'arrêt du cannabis, et la stabilisation du traitement de substitution (Nezelof & Dodane, 2010 ; CPLT, 1999). Cela a également favorisé un investissement positif de l'état de grossesse puis des mouvements fœtaux et ainsi largement contribué à l'élaboration d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé pouvant être différencié que l'on repère bien chez Carine. La grossesse a ainsi très probablement favorisé les prémisses d'une élaboration du conflit narcissico-objectal et une modification de la dépendance. Les consommations de drogue en début de grossesse, avant sa connaissance, pourraient représenter une lutte contre ces remaniements dans un premier temps trop menaçants.

Juliette fait, elle aussi, état d'une reprise des consommations d'héroïne au cours de sa grossesse. Celles-ci sont cependant minorées par Juliette face à des consommations beaucoup plus massives lors de sa grossesse précédente (elle a un petit garçon âgé de deux ans et demi lors du premier entretien). La première grossesse non menée à terme (IMG) et la grossesse pour son fils ont très probablement permis des réélaborations narcissico-objectales ayant elles-mêmes favorisé les réaménagements narcissico-objectaux repérés au cours de la grossesse actuelle (réduction des consommations, investissement de sa fille, ...). Nous repérons néanmoins un déplacement de la dépendance, des substances psychoactives vers la nourriture. Malgré tout, ce déplacement pourrait rendre compte d'une évolution dans la modalité d'incorporation soulignant de potentiels remaniements psychiques autour de la question de la perte.

La reprise de consommations d'héroïne pendant la grossesse peut, par ailleurs, se situer du côté des traumatismes non élaborés des précédentes grossesses (Coleman & al., 2000, cités in Simmat-Durand & al., 2013). Cela pourrait également expliquer la quasi-absence de représentations à l'égard de sa fille, qui ne peut être pensée que comme son fils. Le peu d'investissement de l'actuelle grossesse et de sa fille pourrait en effet être lié, en partie, à ces angoisses de la perte d'un nouveau bébé, qui plus est de sexe féminin. Juliette associe en effet le sexe féminin à la mort des fœtus/bébé suite à ses expériences d'IMG et d'IVG (Squires, 2004). La difficulté à penser sa fille, lorsqu'elle sera née, semble également liée à une angoisse massive de perte d'objet et de perte d'amour de l'objet, où l'objet est son fils aîné. Néanmoins, la reprise de consommations de drogue peut également relever, comme pour les autres femmes, d'une difficulté à élaborer et intégrer les remaniements psychiques propres à la grossesse et à l'autre en soi avec une recherche de la relation fusionnelle et une difficulté à élaborer la

différenciation, d'où le peu de représentations de l'enfant à naître. La différenciation, menaçante, pourrait ainsi avoir favorisé la reprise de produits.

1.3.4. Investissement et représentations du fœtus pendant la grossesse

Les mouvements fœtaux ont favorisé, pour toutes les femmes rencontrées, l'émergence de représentations concernant le fœtus (Bayle, 2005 ; Cohen-Salmon, 2011). La capacité à ressentir et à reconnaître ces mouvements implique un certain investissement de leur corps, une plus grande écoute de leur intériorité ainsi qu'une capacité à mentaliser et interpréter leurs ressentis puisque c'est à partir de ces mouvements que des représentations du bébé sont apparues (Rosenblum, 2009a). Les futures mères lui attribuent ainsi un vécu, des ressentis, des intentions et font le plus souvent le lien entre ces ressentis et leur propre état psychique et moral. Les mouvements fœtaux représentent également un support privilégié d'interactions avec l'autre en soi. La majorité des futures mères anticipent également leur futur enfant concernant à la fois leurs caractéristiques physiques et leur caractère. Enfin, elles se projettent dans la future relation.

Le bébé reste cependant investi comme « réparateur », venant combler leurs attentes et leurs blessures narcissiques (famille idéale pour Bérengère, Sonia), comme objet contra-dépressif (Sonia, Carine) ou comme « réparation » offerte à la famille (Carine) (Nezelof & Dodane, 2010 ; Simmat-Durand, 2002). Il est également pensé, par toutes, comme un soutien face à la drogue, un « pare-drogue » (CPLT, 1999 ; Franchitto & al., 2010 ; Lacrouts-Négrier & al., 2001 ; Rosenblum, 2004, 2006, 2009a & b, 2015). Cela entraîne des représentations ambivalentes lorsqu'il ne comble pas cette fonction. Nos observations restent également à nuancer puisque, si l'existence d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé différencié et reconnu dans son altérité apparaît constitué chez toutes les futures mères (Bayle, 2005 ; Missonnier, 2004), ce dernier est apparu plus tardivement pour un certain nombre d'entre elles pour qui la grossesse et l'autre en soi apparaissaient menaçants dans un premier temps.

Par ailleurs, cet espace psychique reste envahi par les problématiques maternelles dans un certain nombre de cas, notamment la problématique de séparation massive pour Anaïs ou encore le poids des traumatismes cumulatifs pour Juliette, qui viennent perturber la constitution d'un bébé séparé ou simplement pensé, anticipé. La question de la drogue et/ou du TSO apparaît également en filigrane dans le discours de la majorité des futures mères (Lacrouts-Négrier & al., 2001). Pour trois d'entre elles, il s'agit notamment des craintes concernant l'état de santé du fœtus et du bébé et notamment le risque d'un syndrome de sevrage néonatal (Bérengère,

Sonia), la crainte des effets des consommations ou du TSO sur les futures relations mère-enfant (Carine) ou encore la crainte des effets des consommations ou du TSO sur son développement physique et psychique futur (Carine) et son caractère (Sonia). Le bébé est alors anticipé comme angoissé (Bérenère), « nerveux » (Bérenère) ou encore « renfermé » (Sonia) également par identification à la figure maternelle. Cela est source d'une culpabilité extrêmement massive et de représentations très dévalorisées d'elles-mêmes (Bérenère, Carine) (Guyon & al., 1998 ; Lacrouts-Négrier & al., 2001 ; Taylor, 1993). Cela met également en jeu chez Sonia une difficulté à se projeter au-delà de la naissance. Ce mode de fonctionnement par anticipation limitée permettrait de se prémunir de la déception mais également de se protéger du traumatisme d'un accouchement prématuré, de la perte d'un enfant ou bien de problèmes de santé de celui-ci à la naissance. Il s'agit de mesures notamment contra-dépressives puisque la menace de perte de l'objet est omniprésente, de même que la menace de perte de soi (Benali, 2008). Le fait que Sonia ne puisse se projeter au-delà de la naissance n'empêche pas qu'elle anticipe cette dernière. Cela permettrait de réduire l'effet d'effraction par la suite (Missonnier, 1999, 2009).

La crainte que son bébé souffre d'un syndrome de sevrage à la naissance s'articule étroitement, pour Bérenère, avec la crainte de perdre son conjoint s'il l'apprenait. La culpabilité et l'angoisse de perte représentent deux des raisons pour lesquelles Bérenère a refusé d'augmenter son traitement au cours de la grossesse. De cette manière, et bien qu'il nous semble que, consciemment, elle souhaite le bien-être de son bébé, elle fait passer ses propres intérêts (garder son compagnon) avant ceux de son fils. Le refus d'augmenter le TSO nous renvoie également à une « autopunition », associée à une recherche de perfection sous le poids d'un Idéal du Moi et d'un Surmoi quasi persécuteurs. Le bébé peut alors être source de représentations négatives puisque sa naissance et l'éventuel syndrome de sevrage pourraient conduire à la perte de son conjoint.

La toxicomanie apparaît également dans les projections du futur des enfants avec le fantasme d'une impossibilité qu'ils échappent eux-mêmes aux consommations (Sonia, Juliette) ou encore directement, à travers les références aux consommations (Anaïs) ou au manque (Bérenère, Anaïs). Le fœtus n'est plus alors pensé comme séparé dans « un processus d'identification en miroir, le manque et le sevrage de l'enfant les renvoyant à leur propre manque et à leur propre sevrage. » (Lacrouts-Négrier & al., 2001 : 80).

Les angoisses liées aux effets du TSO et/ou des consommations de drogues sont moins prégnantes chez Juliette mais transparaissent à travers la comparaison avec la grossesse pour

son fils marquée par des consommations et des angoisses massives liées aux effets des produits sur lui. Cela permet d'éluder les angoisses concernant sa fille dans quelque chose du déni.

1.4.Suivi médical de la grossesse

L'ensemble des femmes toxicomanes et/ou sous TSO mentionne un suivi de grossesse régulier. Toutes évoquent également un suivi addictologique pour leur traitement de substitution. Cinq d'entre elles sont suivies dans un CSAPA et la dernière (Bérenère) par son médecin généraliste.

Après la naissance, tous les bébés avaient un suivi régulier avec un pédiatre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou bien en libéral. Seule Anaïs a également accepté l'accompagnement par des TISF (Technicien d'intervention sociale et familiale) qui s'est prolongé au moins jusqu'à un an et demi de son enfant. Elle en était d'ailleurs demandeuse. Les cinq autres ont estimé ne pas en avoir besoin. Juliette était cependant en contact régulier avec les services de pédopsychiatrie pour son fils aîné.

Le suivi en addictologie s'est également poursuivi pour les six mères.

Cinq d'entre elles font état du regard jugeant de certains professionnels de maternité et/ou de périnatalité à leur égard en tant que (ex)toxicomanes. Deux d'entre elles (Anaïs, Carine) évoquent cependant le soutien d'autres professionnels plus bienveillants, soutenant et à leur écoute, que ce soit pendant ou après la grossesse. Enfin, la dernière femme (Bérenère) ne fait référence qu'à des professionnels qui étaient présents et surtout discrets. En effet, la crainte qu'un soignant révèle l'existence de leur traitement de substitution à leur conjoint, famille ou entourage est soulignée pour les quatre femmes dont ces derniers ne sont pas au courant.

1.5.Accouchement

L'accouchement vient mettre en jeu des fantasmes et angoisses archaïques chez la majorité des jeunes mères.

Un bébé placé trop haut dans l'utérus (Carine), mal positionné (Juliette), des difficultés à pousser (Carine) ou encore un accouchement qui se prolonge après terme (Anaïs) mettent en évidence la réactualisation d'angoisses de perte, à la fois du bébé, probablement confondu avec une partie de soi, et de la complétude narcissique. Cela s'articule également à des angoisses mortifères par probable remise en jeu des conflits archaïques avec leur propre mère. (Bergeret-Amselek, 1996 ; Bydlowski, 2000 ; Sirol, 1999)

Ces perturbations du processus de maternalité sont également liées au fait que le bébé était « protégé » dans leur ventre, ne « manquant » de rien. Cela faisant écho à la crainte d'un

syndrome de manque du bébé à la naissance mais également à leur propre rapport au manque et à la complétude narcissique induite par la grossesse.

L'accouchement, notamment de par la douleur et la violence des contractions, est venu mettre en jeu l'intégrité corporelle d'une partie des femmes. Etaient associées des angoisses d'effraction et de perte de contrôle du corps, rendant compte du vécu de passivité inhérente à cette étape de la maternité mais particulièrement menaçante pour les femmes toxicomanes et/ou sous TSO (Berengère, Carine, Anaïs).

Les représentations mortifères sont particulièrement massives pour Anaïs. La douleur est ainsi venue réactiver des vécus de punition et de persécution qui traduisent et qui sont induits par la régression narcissique. Les sages-femmes occupent alors la place de « mauvais objet » persécuteur dans une identification à l'imaginaire maternelle.

L'accouchement de Sonia apparaît moins effractant et moins traumatique malgré la mise en jeu de la passivité. Le déclenchement programmé, pour elle comme pour Carine, Berengère et Juliette (bien que le travail ait débuté juste avant pour ces deux dernières), est d'ailleurs venu minimiser le vécu de passivité et d'inconnu face à l'attente de l'accouchement.

L'accouchement a pu venir signer une séparation salvatrice pour Sonia face à des angoisses d'intrusion et une difficile confrontation à la passivité. L'insistance était en effet portée sur la différenciation pendant la grossesse.

Face au vécu de passivité, il semble alors important d'être active dans l'accouchement en « réussissant » à mettre au monde leur bébé par voie basse. Au contraire, la césarienne est vécue comme un « échec » par Juliette et Chloé.

L'ambivalence reste au premier plan pour Chloé entre, d'un côté, le désir de maintenir cet état de grossesse et les angoisses de pertes probablement associées et de l'autre côté, le désir d'expulser cet autre en soi source de représentations, fantasmes et mouvements pulsionnels plus difficilement intégrés. L'accouchement met en exergue cette ambivalence puisque le travail s'est déclenché naturellement sept jours avant la date prévue mais que le bébé n'était pas positionné correctement pour un accouchement par voie basse, ce qui a entraîné la décision d'une césarienne en urgence. Juliette a également accouché par césarienne – cela avait déjà été le cas pour sa première grossesse.

La décision de la césarienne autant que l'accouchement lui-même ont fait effraction pour les deux femmes (cela concerne l'aîné pour Juliette) dans la mesure où elles n'avaient pas envisagé, pensé, anticipé que cela pourrait avoir lieu. L'accouchement s'avère toujours

actuellement désorganisant, traduisant la dimension traumatique et l'impossible élaboration et intégration de cet événement. L'opération (césarienne) en elle-même réactive des fantasmes d'intrusion, de pénétration dans le corps et de destruction pouvant représenter les attaques d'une mère archaïque (et œdipienne). Les professionnelles femmes sont d'ailleurs identifiées à l'imgo maternelle persécutrice. Cela met également en jeu l'intégrité du corps et ses blessures ainsi que des fantasmes de mort, d'autant plus massifs pour Juliette que le traumatisme d'avoir accouché d'un bébé mort (IMG) reste encore extrêmement présent. Enfin, la passivité est au premier plan, alimentant ainsi des fantasmes et angoisses mortifères massifs. Juliette a alors insisté sur son désir d'être sous anesthésie générale, sollicitant ainsi une passivité encore plus grande. Il s'agit cependant de ne plus être consciente de la réalité. L'on peut néanmoins penser qu'évoquer à nouveau cet événement traumatique pourrait permettre de progressivement l'intégrer par la verbalisation, la mise en mots cathartique.

L'anesthésie a également été traumatique pour Chloé, associé à des représentations d'amputation, de perte d'une partie de soi. Cela renvoie à la fois à l'absence de contrôle sur son propre corps et à la passivité, mais également à la perte du bébé. Cela peut également renvoyer à la castration, sur un plan œdipien, à travers la perte de l'enfant-phallus mais également à travers l'opération qui peut venir personnifier la castration dans la réalité.

Le fait de ne pas avoir pu accoucher par voie basse et sentir le bébé « passer » semble par ailleurs avoir empêché le vécu de s'inscrire psychiquement. Quelque chose aurait été « gommé » dans la réalisation de la naissance. La liaison psychique entre grossesse et naissance ne pourrait alors se faire correctement. Selon Bergeret-Amselek (1996) la douleur de l'accouchement permet d'éprouver les choses qui peuvent alors s'inscrire psychiquement. Sans qu'il soit question de la douleur, l'anesthésie générale n'a pas permis à Juliette de ressentir ce passage du bébé de l'intérieur à l'extérieur de son corps. Cela pourrait induire une forclusion empêchant l'inscription psychique de l'accouchement (Ibid.). L'ensemble de l'accouchement nous renvoie à un vécu de dépossession pour Chloé. Cela a d'ailleurs alimenté la crainte que le contact ne se fasse pas bien entre elle et son fils.

Les bébés d'Anaïs et de Carine ont souffert de problèmes respiratoires et/ou cardiaques à la naissance. Cela est traité différemment par les deux femmes. Carine reste dans une description factuelle et désaffectée traduisant la mise à distance opérante des représentations et angoisses mortifères mais signant la difficulté à les intégrer. Les représentations mortifères sont en revanche massives pour Anaïs entraînant une désorganisation. Nous nous questionnons également sur le fait que le bébé soit caractérisé comme un « *poids mort* », autrement dit comme un fardeau. L'absence de vie chez son bébé a pu entraîner une collusion entre fantasmes

persécuteurs de l’imago maternelle et réalité. Les problèmes de santé du bébé ont pu venir réaliser, concrètement, les fantasmes et vœux de mort inconscients, entraînant une accentuation de la culpabilité chez les deux femmes. Celle-ci étant déjà présente du fait du risque de syndrome de sevrage néonatal.

Tenir leur bébé a eu fonction de réassurance, pour les autres femmes, face aux angoisses concernant l’intégrité de ce dernier mais probablement également face aux autres fantasmes liés à la haine maternelle en jeu et à la culpabilité (Esquivel, 1994).

1.6. Hospitalisation du nouveau-né

Quatre des six bébés ont dû être hospitalisés pendant plusieurs semaines suite au syndrome de sevrage néonatal (Anaïs, Carine) ou à d’autres complications médicales (Anaïs, Chloé, Sonia).

Les problèmes de santé des nouveau-nés et l’hospitalisation en néonatalogie sont source d’affects massifs de culpabilité, d’impuissance et de détresse de la part des jeunes mères. Ces affects sont liés, à la fois au fait de faire « subir » l’état de manque dans le cas d’un syndrome de sevrage néonatal et à leur sentiment d’avoir été/d’être incapable de protéger et de soulager leur bébé souffrant et douloureux. Cela alimente des représentations négatives en tant que mère. Ces sentiments et représentations peuvent être projetés sur les professionnels (Chloé) ou renforcent une culpabilité déjà préexistante (Carine). Les angoisses de mort et de perte dominant, parfois dans une confusion entre fantasme et réalité (Anaïs). Les craintes concernent également l’instauration des liens mère-enfant, lorsqu’il y a eu séparation en raison de l’hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie alors que les mères restent en chambre à la maternité.

La difficulté à historiser ces événements laisse entendre la difficulté à les élaborer et les intégrer dans la psyché et ainsi leur impact traumatique. La séparation mère-enfant à la naissance s’articule aux atteintes narcissiques chez les jeunes mères induites par les problèmes de santé du bébé (bébé non-gratifiant de par ses problèmes de santé, irritable, endormi, difficile à calmer, angoisses de perte et de mort, ...). Ceux-ci ont pu avoir un impact délétère sur l’investissement de l’enfant et les interactions mère-enfant, étant réactivés à la moindre perturbation du développement de l’enfant. Par ailleurs, ils ont pu renforcer la haine maternelle à l’égard de ce dernier qui n’est pas le bébé idéal attendu. La haine maternelle pouvant être directement incarnée à travers le télescopage du fantasme meurtrier envers l’enfant et le syndrome de sevrage.

Le séjour prolongé à la maternité s'est avéré difficile à supporter pour Chloé et Sonia. Au-delà de l'angoisse concernant la santé de leur enfant, c'est la situation de passivité à laquelle l'hospitalisation confronte qui est au premier plan. Les soignants sont à la fois ceux qui prennent soin du bébé et ceux qui « savent ». Cette situation renvoie aux jeunes mères un sentiment d'impuissance et les remet en question dans leurs capacités à prendre soin de leur enfant. Par ailleurs, la surveillance médicale et la « soumission » à l'autorité médicale les renvoient au vécu de dépendance primaire et à un sentiment d'aliénation aux objets externes, accentué par la régression que l'hospitalisation du nouveau-né implique. Cela alimente alors un vécu persécuté de Chloé. Les professionnelles femmes, dans le prolongement des représentations lors de l'accouchement, occupent toujours la place de « mauvais objet » persécuteur par identification à l'imgo maternelle. Cela s'articule également avec une demande d'amour et de soins, par régression et par identification aux nourrissons. Il y a, à la fois le désir d'être contenue, rassurée, étayée, accompagnée, et le fait que toute proposition ou tentative de réassurance soit vécu comme une persécution. Ce vécu renvoie au reproche face à la mère insuffisamment satisfaisante, frustrante et peut-être défailante. Le besoin de contrôle et de « faire » quelque chose est à la hauteur de son sentiment d'impuissance à l'égard de son bébé, de sa difficulté à supporter la passivité et probablement de son sentiment d'être destituée de son rôle de mère. Ce besoin d'agir laisse également entendre la difficulté à penser, sous-jacente à ce vécu massivement angoissant pour une jeune mère.

La confrontation à la passivité induite par l'hospitalisation prolongée du bébé semble ainsi avoir été beaucoup plus difficilement vécue par les deux femmes dont nous avons déjà noté la difficulté à supporter la passivité au quotidien et pendant la grossesse, avec un investissement massif de l'activité et une difficile confrontation à l'ennui et à la solitude. Le retour au domicile était ainsi très attendu pour Chloé et Sonia et a représenté un véritable soulagement.

A l'inverse, le séjour prolongé à la maternité a été vécu plutôt positivement par Anaïs puisqu'il représente un temps d'étayage et de contenance par les professionnels. Néanmoins, le fait qu'il se prolonge dans le temps a alimenté des angoisses concernant la sortie. Anaïs craignait ainsi le retour au domicile où elle allait être seule pour s'occuper de son bébé et gérer les soins. Malgré une plus grande confiance en ses compétences maternelles, le besoin d'étayage et de réassurance reste extrêmement présent.

Carine évoque moins le déroulement et le vécu du séjour prolongé à l'hôpital que son vécu de culpabilité massif et d'impuissance pour soulager son nouveau-né face à l'erreur

médicale ayant conduit sa fille à un sevrage de morphine « sec ». Cela a entraîné des représentations très négatives d'elle-même comme n'étant pas « bénéfique » pour sa fille.

1.7.Représentations du bébé et relations précoces

1.7.1. Poids du syndrome de sevrage néonatal et de la culpabilité maternelle sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces

L'accouchement et les premiers jours de vie des bébés de Carine et Bérengère ont ainsi été, comme pendant la grossesse, envahis par la crainte d'un syndrome de sevrage. Cela pourrait avoir participé à une mise en suspens ou, en tous cas, un investissement moindre du fœtus d'abord puis, potentiellement, du bébé idéalisé qui vient blesser le narcissisme de ses parents en ne répondant pas à leurs attentes (objet contra-dépressif familial dans le cas de Carine et menace de perte d'objet (conjoint) dans le cas de Bérengère). Il s'agirait d'une protection contre la perte potentielle de l'objet, le syndrome de sevrage mettant en jeu des angoisses mortifères (Viaux-Savelon et al., 2014). Au-delà d'un investissement plus limité, la culpabilité maternelle massivement exacerbée peut également favoriser des représentations plus négatives de l'enfant qui n'est pas celui, imaginaire, attendu. Le fait que le bébé de Bérengère ne manifeste pas de syndrome de sevrage a permis le maintien de l'investissement narcissique puis objectal. Le caractère et les comportements de son bébé viennent également démentir les fantasmes maternels mortifères en lien avec ses consommations de TSO pendant la grossesse (Ibid.). Ce n'est pas le cas pour Carine dont la fille a souffert d'un syndrome de sevrage à la naissance. La culpabilité est toujours, aux douze mois de son enfant, hyper massive. Malgré un bébé par la suite en bonne santé et qui ne présente aucune problématique particulière, le TSO et ses potentiels effets envahissent les représentations concernant sa fille et son caractère ainsi que les relations mère-bébé. Carine, malgré la réassurance des professionnels de santé, attribue ainsi tous les traits de caractère plus « négatifs » de sa fille au TSO qu'elle-même a consommé, ainsi qu'à ses consommations d'héroïne en début de grossesse. Cela accentue des représentations de « mauvaise mère » (Guyon & al., 1998), également projetées sur l'extérieur, encore très vivaces lors du dernier entretien. Elle a également le sentiment que sa fille ne partage pas ses sentiments positifs dans les interactions mère-enfant.

Ainsi, que le bébé ait subi ou non un syndrome de sevrage néonatal, des craintes concernant sa santé, son caractère ou la qualité des relations mère-bébé perdurent, toujours associées à un sentiment de culpabilité exacerbé (Taylor, 1993). Celui-ci favorise un besoin de « réparer » à travers un surinvestissement dans le bien-être du bébé ou des soins liés à sa santé.

La culpabilité liée à cette question, chez les femmes enceintes toxicomanes, témoignerait d'une prise de conscience de la réalité selon Rosenblum (2009a).

Anaïs, dont le fils a également souffert d'un syndrome de sevrage néonatal à la naissance, met en place des mécanismes de défense beaucoup plus archaïques (déli, clivage moi-objet avec idéalisation du moi (« bonne mère ») et dévalorisation des objets par projection et identification projective (« mauvaise mère ») pour mettre à distance tout sentiment d'impuissance, de culpabilité et toutes représentations négatives à son égard, risquant de trop mettre à mal un narcissisme déjà très fragile. Le sentiment de honte prévaut, mettant en jeu l'Idéal du Moi. Le sentiment de culpabilité transparaît néanmoins lorsqu'elle se questionne sur les liens entre les troubles du sommeil de son fils et son recours au TSO pendant la grossesse.

Juliette est également dans un déni du syndrome de sevrage néonatal de sa fille toujours dans une comparaison avec l'état de son fils à la naissance. Quel que soit le thème abordé, Juliette est toujours dans une comparaison entre sa fille et son fils, avec très souvent une opposition entre une représentation positive de l'un et une représentation négative de l'autre dans une forme de clivage.

Ni Chloé ni Sonia ne font état d'angoisses concernant les effets potentiels du TSO sur leur bébé. Les deux enfants n'ont par ailleurs pas souffert de syndrome de sevrage néonatal.

1.7.2. Allaitement et réactualisation de fantasmes archaïques

L'allaitement au sein met en exergue une réactualisation de fantasmes archaïques commune à la majorité des jeunes mères rencontrées. Ainsi, toutes, sauf Juliette, évoquent des difficultés autour de l'allaitement au sein et un passage au biberon plus que positif.

La conflictualité autour de l'allaitement au sein s'articule avec des fantasmes archaïques ayant trait aux relations précoces orales avec leur propre mère et notamment à l'avidité orale. L'on note ainsi des fantasmes cannibaliques (seins abimés, douloureux) (Carine) et des angoisses de dévoration (Béregère). L'allaitement au sein semble ainsi réactiver des angoisses d'envahissement face à la relation fusionnelle, à laquelle s'associe un sentiment de dépendance psychique insupportable (Blin & al., 2007 ; Parat, 1999 ; Siksou, 2007). Le « refus » du sein par son bébé, en tant que projection de la problématique maternelle, peut justement renvoyer à cette question de la fusion mère-bébé, probablement trop menaçante pour Sonia notamment qui insiste sur la nécessité d'un bébé différencié et séparé. Cela s'articule également à la difficulté de se laisser passiver par le bébé (Parat, 1999, 2007, 2009). Le bébé peut également apparaître « vampirique », vidant sa mère de ses forces et de sa vitalité, menaçant ainsi son intégrité physique et psychique et menaçant sa vie (Anaïs). Le biberon a permis d'instaurer une distance

physique favorisant un lien psychique moins angoissant pour les jeunes mères (Blin & al., 2007 ; Parat, 1999, 2009, 2011).

Cette difficulté autour de l'allaitement au sein pourrait également avoir pour origine l'angoisse du sevrage de la relation fusionnelle et ainsi l'angoisse de séparation (Blin & al., 2007 ; Parat, 1999, 2007, 2009). Ne pas allaiter au sein c'est ne pas risquer de perdre cette relation par la suite.

Il est aussi question de la maîtrise (quantité de lait ingérée, prise de poids du bébé) qui renvoie à l'analité. Ce besoin de maîtrise peut faire face au vécu de passivité face au fait de « se laisser téter » (Parat, 1999). Le recours au biberon permet de mettre à distance ces fantasmes et la menace de débordement.

Les fantasmes relatifs à l'allaitement au sein ont également trait à la reviviscence des motions pulsionnelles infantiles en lien avec les vœux incestueux, d'autant plus excitants pour des femmes dont les limites entre fantasmes et réalité s'avèrent poreuses. Le recours au biberon permet d'éviter une excitation érotique potentielle (Blin & al., 2007 ; Parat, 1999, 2007, 2009).

Bien qu'il y ait toujours une reviviscence du pulsionnel prégénital, activé par celui du nourrisson (qu'il y ait ou non allaitement maternel) (Parat, 2011), l'on peut penser que l'allaitement au biberon a pu permettre de limiter ou de mieux gérer les excitations et fantasmes qu'entraînent la rencontre avec l'enfant et l'excès pulsionnel (Parat, 2011). Le recours au biberon permet de contenir les mouvements pulsionnels archaïques et/ou œdipiens induits par l'allaitement au sein.

La diversification et le passage aux aliments solides semblent s'être bien déroulés pour ces cinq bébés.

L'allaitement au sein était au contraire recherché par Juliette qui souhaite le prolonger aussi longtemps que possible, dans le but de maintenir la relation fusionnelle avec sa fille avec une valeur narcissique-phallique attribuée à l'enfant. Juliette avait par ailleurs arrêté toutes ses consommations d'héroïne, en plus du TSO, quand elle avait allaité son fils. La relation fusionnelle favorisée par l'allaitement aurait ainsi induit un renflouage narcissique suffisant pour permettre l'arrêt des consommations de drogues en plus du TSO. L'allaitement au sein semblait d'ailleurs être un moyen d'éviter toute manifestation d'altérité chez sa fille lors du second entretien. Le passage au biberon s'est ainsi avéré plus difficile pour Juliette.

1.7.3. Angoisse de séparation : Anaïs, Carine, Bérengère

L'angoisse de perte d'objet est repérée chez tous les sujets de la recherche au travers notamment d'angoisses de séparation plus ou moins massive.

La problématique de perte envahit ainsi Anaïs et trouve à s'exprimer massivement dans les troubles des conduites instinctuelles de son fils. En effet, l'accent est porté sur les troubles du sommeil et notamment de l'endormissement de son bébé jusqu'à ses un an, associés à un état d'hypervigilance. L'on ne peut que faire le lien entre les troubles du sommeil d'Anaïs et ceux de son bébé avec l'hypothèse que l'enfant est le réceptacle des conflits projetés d'Anaïs. Le sommeil renvoie en effet Anaïs, et maintenant son bébé, à une perte irrémédiable, à la mort. Elle ne semble pas pouvoir occuper une fonction pare-excitante suffisante pour permettre à son fils de la désinvestir et d'élaborer progressivement ses propres mouvements pulsionnels. Cela probablement en lien avec sa propre difficulté à contenir ses propres mouvements pulsionnels et les fantasmes mortifères abandonniques qui l'envahissent. La « capacité de rêverie maternelle » (Bion, 1962) serait ainsi défaillante. En effet, son fils a également recours à des processus autocalmants avec surinvestissement de l'activité et des sensations qui traduisent l'échec de la constitution des autoérotismes et peuvent conduire, par la suite, à des modalités relationnelles addictives.

L'impossible séparation se repère également dans l'incapacité d'Anaïs à confier son enfant à quelqu'un d'autre que son conjoint et à la nécessité d'être en permanence dans la même pièce que lui. Toute séparation est entendue comme perte définitive.

Anaïs projette par ailleurs dans son fils son vécu de bébé insatisfait, ne pouvant alors supporter les pleurs qui la renvoient à un état de détresse, de désaide et à un vécu abandonnique. Elle n'est pas non plus en mesure de poser des limites ni de « frustrer » son bébé par peur du rejet. Les conduites agressives de son fils ne font alors qu'augmenter, à la hauteur de son angoisse et des pulsions impossibles à contenir qui l'habitent. Cela alimente par ailleurs la représentation d'un enfant tyran et vampirique qui vide ses parents de leur substance et de leur énergie. Il se peut que l'angoisse de mort et/ou de maladie concernant son fils fasse alors également écho aux vœux de mort inconscients à l'égard de cet enfant persécuteur.

Les limites entre soi et l'autre sont également mises à mal avec notamment des comportements intrusifs qui s'inscrivent dans des représentations d'un bébé malade dans une indifférenciation entre elle et lui. L'image qu'elle a d'elle-même est en effet marquée par la maladie, toujours dans des représentations mortifères qui sont ainsi également projetées sur son

fil. Anaïs est ainsi dans une hyper anxiété permanente. Son fils apparaît ainsi difficilement pensé comme différent d'elle à travers des projections mortifères massives.

Anaïs évoque également parfois des pertes de contrôle face au comportement de son fils. Cela nous renvoie à la représentation d'une mère ambivalente, alternant entre des périodes de sollicitations de son enfant (lorsqu'ils sont tous les deux au domicile, qu'il joue et que sa mère ne peut s'empêcher de le solliciter, de lui parler), de relation fusionnelle et des périodes marquées par des mouvements de rejet. Cela ne peut que renforcer le sentiment d'insécurité du bébé et instaure des conditions peu propices au sommeil. Par ailleurs, cela s'articule avec la difficulté pour ce bébé de gérer ses propres mouvements pulsionnels.

La problématique de perte d'objet domine également chez Carine et particulièrement dans la relation avec ses parents. Cela alimente par ailleurs des représentations plus négatives à l'égard de sa fille qui ne remplit pas les attentes de sa mère. Il s'agit notamment des désirs d'un bébé gratifiant et objet contra-dépressif offert en « réparation » à la famille, dans peut-être une forme de « dette » face notamment au décès de son frère aîné. Sont surtout mises en jeu des angoisses d'abandon, de perte de l'objet parental et de son amour. Ces représentations négatives sont par ailleurs alimentées par une angoisse massive de séparation de sa fille qui pourrait faire écho à celle de Carine. En effet, certaines des représentations concernant le caractère de son enfant nous semblent relever des projections maternelles en termes de défaut de transitionnalité et de problématique abandonnique. Le caractère tonique de sa fille pourrait par ailleurs s'entendre comme « vivant » face à une problématique familiale de perte et de deuils non-élaborés. Les angoisses autour de la séparation semblent néanmoins s'apaiser aux douze mois de sa fille.

L'on note également la présence d'une angoisse de séparation qui perdure chez Bérengère dans la relation à son fils avec toujours la recherche d'une complétude narcissique. L'impossibilité à « manquer » se repère ainsi autant pendant la grossesse qu'après la naissance de son fils mais moins dans sa difficulté à se séparer de son fils que dans la relation au TSO. Le fait que Bérengère surconsomme le TSO autour des un an de son fils pourrait cependant être lié à son début d'autonomisation. Néanmoins, cela s'articule toujours également à une exigence de perfection chez Bérengère sous le poids de son Surmoi et de son Idéal du moi persécuteurs. La culpabilité et le besoin de se punir sont ainsi toujours exacerbés.

1.7.4. Entre recherche d'une relation fusionnelle, angoisse de séparation et crainte de la dépendance : Chloé

Chloé insiste sur une relation fusionnelle qui perdure et qui nous renvoie à une certaine indifférenciation mère-bébé. Se peut-il qu'elle connaisse si bien son bébé qu'elle anticipe ses besoins et ses désirs avant qu'il puisse lui-même les expérimenter, de même que l'attente progressive et la frustration ? Cela peut amener au développement d'une problématique addictive future par empêchement de la constitution de l'élaboration psychique. Elle insiste par ailleurs sur la présence de tiers nécessaire, représenté par un autre enfant qu'elle garde ou par son conjoint. Le choix de son métier d'assistante maternelle pourrait alors souligner l'impossible séparation avec son fils et le fait de garder d'autres enfants serait alors le seul compromis possible pour intégrer du tiers tout en restant collée à son enfant. Elle insistera d'ailleurs sur la nécessité de ne pas se centrer exclusivement sur son fils ou encore de faire attention à ce que son fils ne prenne pas trop l'habitude d'être dans les bras. Chloé est ainsi en proie à une grande ambivalence qui se manifeste d'autant plus avec son conjoint. Elle attend en effet qu'il se positionne et soit présent auprès de leur fils en tant que tiers et semble cependant trouver de nombreux bénéfices à son absence auprès du bébé. L'angoisse de séparation semble également s'articuler à l'angoisse d'avoir un bébé dépendant d'elle et, en miroir, à sa crainte d'en être dépendante. L'angoisse de séparation peut par ailleurs se trouver majorée du fait de l'hospitalisation le premier mois de vie de son fils ayant entraîné la séparation mère-bébé et des angoisses mortifères.

1.7.5. Entre angoisse de fusion et angoisse de séparation : Sonia

Les relations de Sonia avec sa fille sont marquées, pendant ses premiers mois de vie, par le besoin d'instaurer une certaine distance physique et psychique qui rend compte d'angoisses d'intrusion et d'envahissement induites par la relation précoce fusionnelle. La régression est ainsi évitée par Sonia qui exprime certaines difficultés à comprendre sa fille les premiers mois ou à jouer avec elle lorsqu'elle est plus âgée. Ce qui signe un défaut de la transitionnalité. L'évitement de la régression peut être mis en lien avec l'impossible confrontation à la passivité qui renverrait à un vécu de passivation (Green, 1990, 1999) pour Sonia. L'angoisse d'une relation fusionnelle s'articule avec une angoisse de séparation. Celle-ci transparait notamment à travers le choix de Sonia de se centrer exclusivement sur sa fille jusqu'à ses un an au moins, dans une tentative de réparation de sa propre enfance, alors même que cela alimente un conflit narcissico-objectal ayant participé à une reprise des consommations après les six mois de son enfant. Ce choix semble également relever d'une composante

surmoïque face aux représentations de ce qu'est, selon elle par adhésion et intégration des normes sociétales, une « bonne mère ».

1.7.6. *Angoisse de séparation, poids des traumatismes cumulatifs et représentations ambivalentes : Juliette*

Les représentations très positives voire idéalisées de sa fille, à l'opposé de son fils perçu de plus en plus négativement par Juliette, n'empêche pas que celles-ci restent imprégnées d'angoisses mortifères massives qui mettent au jour des fantasmes de mort tout aussi massifs. Angoisses et fantasmes pouvant être mis en lien avec les traumatismes cumulatifs des grossesses non menées à terme mais aussi avec le sexe - féminin - de l'enfant renvoyant directement à la mort dans les représentations de Juliette. Ces angoisses de mort à l'égard de ses enfants et surtout de sa fille sont majorées par un sentiment de culpabilité à mettre en lien avec les pertes de fœtus/d'enfants précédentes, au point que nous nous demandons s'ils ne traduisent pas un ou des deuils périnataux pathologiques, autrement dit non élaborés et remis en jeu avec la nouvelle grossesse. Les composantes traumatiques sont en effet patentes.

Les fantasmes et angoisses mortifères traduisent également l'angoisse de perte qui, au-delà des antécédents de grossesses non menées à terme, peut être associée à sa dépendance aux objets parentaux et à son attente de reconnaissance et d'affection de la part de ces derniers. L'angoisse de perte à la fois de l'objet et de son amour domine en effet la relation à ses enfants. Elle craint ainsi de ne plus être aimée de son fils si elle s'investit auprès de sa fille. Elle culpabilise ensuite de la relation fusionnelle avec sa fille mais également de beaucoup s'occuper de son fils au détriment de sa fille. Il est cependant à noter que l'on retrouve ces questionnements autour d'amour, d'attention, de temps partagé, d'équilibre entre les deux (ou plus) enfants de la fratrie chez toutes les mères attendant un deuxième enfant (et plus) (Metz & Thévenot, 2007 ; Riazuelo, 2004) en lien avec leur propre rivalité fraternelle infantile réactivée par la multiparentalité.

Enfin, les fantasmes et angoisses mortifères peuvent également être mis en lien avec la prématurité de sa fille et avec les troubles du développement diagnostiqués chez son fils. L'investissement de sa fille serait ainsi renforcé et la fusion plus importante encore qu'à l'égard de son fils puisque sa fille doit inconsciemment venir « réparer » le narcissisme de Juliette, atteint par le diagnostic de troubles autistiques de son enfant et l'absence d'interactions gratifiantes avec lui. Les attentes narcissiques sont parties inhérentes de la parentalité mais nous semblent faire écho à des failles narcissiques chez Juliette, ce qui renforce le besoin de narcissisation par ses enfants et ainsi le ressentiment et l'agressivité à l'égard de son fils,

décevant. La haine à l'égard de ses enfants pourrait d'ailleurs renvoyer à ces angoisses et aux attaques narcissiques portées par la découverte des troubles de son fils. Sa fille apparaît néanmoins beaucoup plus gratifiante puisqu'elle est dans l'interaction, contrairement à son grand frère. La relation avec sa fille oscille ainsi entre recherche de fusion et pulsions agressives voire destructrices contre-investies à travers des formations réactionnelles d'hyper protection anxieuse. Juliette apparaît ainsi très ambivalente.

1.7.7. Investissement et représentations positifs de l'enfant et de son développement

Malgré des représentations négatives à l'égard d'un bébé parfois peu gratifiant, culpabilisant, ne répondant pas aux attentes narcissiques dont il est le support ou traduisant dans ses comportements et attitudes la réactualisation de conflits infantiles majeurs, l'ensemble des enfants est investi très positivement par ailleurs, source de bonheur et d'émerveillement pour leur mère. Toutes ont ainsi recours à plusieurs qualificatifs positifs pour décrire leur enfant. Les représentations s'avèrent donc ambivalentes excepté pour Sonia où l'idéalisation de sa fille prime, probablement comme défense contre des fantasmes et pulsions mortifères contre-investis à mettre en lien avec la passivité et le conflit narcissico-objectal en jeu chez elle.

Le bébé a souvent valeur de soutien, de motivation et d'objet contra-dépressif pour les jeunes mères. Les projections dans l'avenir sont également globalement positives malgré l'infiltration de la thématique drogue (effets du TSO et/ou du SSNN à long terme, rencontre « obligée » de l'enfant avec les produits dans le futur). Le père du bébé y est majoritairement inclus (sauf pour Juliette et Chloé). Seule Juliette fait référence à des représentations exclusivement négatives concernant l'avenir de ses enfants à relier aux conséquences des troubles du développement de son fils à long terme et à sa crainte que de tels troubles soient décelés chez sa fille. Mais ces représentations renvoient également à des projections et des propos crus à thématiques sexuelles et agressives. Le fantasme de relation incestueuse mère-fils est au premier plan et les représentations de sa fille sont sexualisées. Ce que l'on met alors en lien avec la relation incestuelle avec son propre père et les représentations sexualisées et dégradantes de son père la concernant.

Excepté le fils d'Anaïs qui souffre de troubles du sommeil extrêmement massifs, les autres mères ne font référence à aucun trouble des conduites instinctuelles de leur enfant. Néanmoins, malgré l'absence de problèmes spécifiques d'après Juliette, le comportement de sa fille nous interroge. Nous en discuterons ci-après.

La majorité des mères font par ailleurs référence à des comportements rappelant le « jeu de la bobine » (Freud, 1920) ou encore le « jeu de la spatule » (Winnicott, 1941), ainsi que du « coucou-caché », teinté de beaucoup de plaisir. Cela nous renvoie aux théorisations de Winnicott et de Freud sur la gestion de l'angoisse de séparation et la transitionnalité, et donc l'intégration progressive de la permanence de l'objet et la construction d'une représentation internalisée de ce dernier. Cela traduit également la découverte progressive de la réalité externe en tant que différenciée (Béregère, Chloé, Sonia, Carine). Le langage apparaît aussi investi par tous les bébés avec des vocalisations, la répétition de syllabes puis les premiers mots.

Ces éléments, qui soutiennent le processus de séparation-individuation, apparaissent plus tardivement dans les propos de Juliette et d'Anaïs. Ainsi, lors du second entretien, la fille de Juliette est en permanence au sein, sans demande et apparaît apathique. Cela fait écho à l'anticipation maternelle qui ne permettrait pas la constitution des processus autoérotiques et hallucinatoires. Cela pouvant conduire au développement d'une problématique addictive par empêchement d'élaboration des capacités représentatives du bébé qui s'articule au désir de fusion narcissique de Juliette. Le dernier entretien apparaît plus rassurant bien que le comportement de sa fille nous interpelle de nouveau en termes de problématique d'attachement. Quant à Anaïs, le dernier entretien sera beaucoup plus fourni en termes de descriptions et de représentations de son fils ainsi que d'elle-même en tant que mère. Par ailleurs, Anaïs a également été en mesure de confier progressivement son fils au relais parental, à partir de ses un an et demi, et ainsi expérimenter la séparation en s'appuyant sur les professionnels de PMI et du CSAPA. Les troubles du sommeil se seraient partiellement apaisés par la suite.

Le développement et l'autonomisation de leur enfant est également investi positivement par l'ensemble des mères malgré une certaine ambivalence toujours présente en lien avec le désir de maintenir une relation fusionnelle. L'acquisition de nouvelles compétences psychomotrices (se tenir assis, faire du quatre pattes, se tenir debout, préhension des objets) est également vécue positivement. Le bon développement psychomoteur de leur enfant, attesté notamment par les professionnels de pédiatrie, peut également s'avérer rassurant face aux angoisses concernant leur santé au regard du recours au TSO pendant la grossesse. Seul le fils d'Anaïs n'arrive ni à se mettre en position assise seul ni à tenir cette position comme s'il lui manquait un appui, comme s'il n'avait pu intérioriser un support externe.

Certaines mères (Berengère, Sonia, Chloé, Carine) évoquent également des comportements d'imitation ainsi que des jeux qui rendent compte de l'exploration de l'environnement et de la maturation psychoaffective de leurs bébés. Les interactions avec un

bébé qui est en capacité de « répondre » sont également gratifiantes et recherchées par l'ensemble des mères. Juliette oppose notamment la recherche d'interaction de sa fille avec le comportement de son fils au même âge.

Certaines mères (Chloé, Sonia) font également le constat de comportements différents de leur enfant en leur présence et en présence d'autres personnes. L'on peut alors penser que leur enfant se sent suffisamment en sécurité pour se permettre de tester les limites avec sa propre mère, exposer son caractère et explorer son environnement.

La différenciation et l'expression de leur individualité, notamment à travers leur caractère, les premières demandes intentionnelles ou encore leurs oppositions, sont également bien investies malgré, toujours, une certaine ambivalence. Elle peut être en lien avec la difficulté à se laisser passiver ou encore avec le besoin de maîtrise (anal) notamment concernant l'alimentation (laisser bébé prendre la cuillère). Ainsi, le fait que son fils décide, s'oppose, se manifeste dans son individualité et son caractère peut être perçu négativement par Anaïs puisqu'il ne répond pas à ses demandes ou attentes selon ses propres désirs.

Certaines angoisses concernant la santé du bébé perdurent également (Bérengère, Carine, Sonia) mais sans que cela relève d'hyper anxiété ou aboutisse à des conduites d'hyper protection excepté pour Anaïs et Juliette dont nous avons déjà parlé.

1.8.Représentations en tant que mère

Leurs (nouveaux) statut et rôle de mère sont source de fierté et de valorisation aussi bien sociale que narcissique pour toutes les jeunes mères (Finkelstein, 1994 ; Guyon & al., 1998). Seule Juliette évoque ne pas se sentir mère aux yeux de la société et notamment des soignants. Cela semble faire écho à sa propre difficulté à se sentir mère et à passer du statut de fille à mère face à une imago maternelle persécutrice. Les grossesses à l'adolescence pourraient alors représenter la recherche d'un retour à la relation primaire avec sa propre mère mais également, sur fond de problématique de dépendance et de passage à l'acte, de tenter d'acquérir une autonomie et un statut social de femme adulte dans une tentative de séparation avec les figures parentales (Mouras, 2004 ; Rouveau & Sfeir, 2013). Toutes les mères apparaissent ainsi également très dépendantes du regard des autres (entourage, société).

Elles estiment toutes se sentir bien dans leur rôle de mère et en tirent des représentations positives, notamment grâce aux comportements gratifiants de leur enfant. Néanmoins, l'on repère également des représentations beaucoup plus dépréciées, notamment chez Bérengère et Carine, en lien avec leur traitement de substitution, la culpabilité exacerbée et le sentiment de ne pas en faire assez ou de ne pas faire suffisamment bien pour leur enfant ou leur famille. Ses

compétences maternelles apparaissent également moins manifestes aux yeux de Sonia, puisqu'elle a du soutien et que sa fille est une enfant « *facile* ». Bérengère porte également un regard très péjoratif sur elle-même du fait de son passé de toxicomane qui semble par ailleurs l'empêcher d'aller de l'avant, à la fois comme punition et à la fois dans une crainte de perte d'amour des objets. Des défaillances narcissiques sont par ailleurs repérées chez toutes les femmes.

L'on note également le besoin d'être soutenue, étayée et rassurée dans leur rôle et compétences maternelles chez la majorité des mères par le biais de leur propre mère (Bérengère, Carine, Chloé), des professionnels (Carine, Chloé, Anaïs, Sonia) ou encore des ouvrages et émissions qui traitent de l'éducation des enfants. Plusieurs femmes nous questionnent également au cours des entretiens dans une demande d'étayage, de réassurance et de validation de leurs comportements et pensées. Ces demandes traduisent la dépendance à l'environnement mais mettent également en évidence la possibilité pour ces mères de se remettre en question dans ce rôle. Le devenir mère est ainsi marqué par des angoisses ou des questionnements, aussi bien pendant la grossesse qu'après la naissance, relatifs à leur savoir-faire et leurs compétences maternelles. Sonia et Anaïs évoqueront ainsi s'être senties désarmées face aux pleurs du bébé notamment qui réactualisent probablement leur propre vécu de détresse. L'étayage d'un tiers est alors indispensable. Ces questionnements sont néanmoins repérés régulièrement dans le discours des futures mères primipares dans notre clinique en maternité. Cela concerne moins Berengère et Juliette qui s'appuient sur leur première expérience en tant que mère.

Toutes les femmes évoquent une évolution ou une maturation liée au fait d'être devenue mère, aussi bien au niveau psychique qu'au niveau du mode de vie, avec une plus grande responsabilisation (Cassen & al., 2004 ; Rosenblum, 2004, 2006, 2009a, 2015 ; Simmat-Durand, 2007) et une mise à distance des produits malgré des consommations occasionnelles pour certaines d'entre elles. Sonia et Juliette distinguent ainsi des consommations « plaisir » occasionnelles d'une véritable dépendance aux produits, incompatible avec le fait de s'occuper et de prendre soin d'un enfant. Ces observations peuvent être mises en lien avec celles de Rosenblum (2004, 2006, 2009a, 2015) qui notait chez les mères sous TSO que le rapport à la consommation de drogues n'a pas été transformé radicalement par la prise du TSO puisque la plupart des femmes n'ont pas interrompu totalement leur consommation d'opiacés. Elles parlent de « gestion » des produits.

Par ailleurs, Bérengère souligne les différences entre l'éducation de son fils aîné et celle de son petit dernier qui laissent penser à des remaniements narcissico-objectaux et du processus de séparation-individuation, probablement favorisés par la relation avec son conjoint, la mise

en place du traitement de substitution et la dernière grossesse. Le bébé est ainsi investi différemment que pour combler les « manques » de Bérengère dans la relation fusionnelle narcissique. Néanmoins, l'on retrouve la recherche d'un cadre sécurisant, d'un cocon et d'une famille idéale avec la naissance de ce nouvel enfant. Le besoin de sécurité, d'étayage et ainsi la dépendance affective sont patents.

L'on note également l'adhésion aux représentations de la société en termes de « bonne mère » et de « mauvaise mère » pour la majorité des femmes (Groupe Pompidou, 2000). Ainsi, les représentations plus négatives ont trait à leur problématique avec les toxiques. Il en ressort alors un désir de « bien faire » avec leur enfant, parfois dans une forme de « collage » au discours des professionnels (Juliette), également dans une fonction réparatrice de leur propre histoire. L'insistance est portée sur le fait de donner à l'enfant ce qui a manqué en termes de sécurité affective, d'écoute, d'attention et d'amour. Il s'agit également de partager, d'échanger, d'interagir avec lui. La nécessité de fournir un cadre avec des limites et de l'autorité est également mentionné par Sonia et Chloé, à contrario de leur propre vécu. Cela est en revanche impossible pour Anaïs, comme nous l'avons déjà mentionné. C'est également la question du « manque » qui apparaît centrale pour toutes les mères : que leur enfant ne « manque » de rien.

1.9. Père du bébé

Toutes les femmes rencontrées étaient en couple avec le père du bébé depuis plusieurs années. Seule Juliette s'est séparée de son conjoint après la naissance de sa fille.

1.9.1. Relation de couple et place de la drogue au sein du couple avant la grossesse

Les configurations des couples diffèrent selon que le conjoint est, a été ou n'est pas consommateur.

Carine, Sonia et Juliette ont ainsi construit un couple avec un partenaire également consommateur de drogues au moment de la rencontre. La dynamique conjugale s'articule alors autour des consommations, en tous cas jusqu'à la grossesse comme nous le verrons. Le couple de Juliette semble déjà être plus un couple parental que conjugal au moment de la nouvelle grossesse.

Les conjoints de Bérengère et Chloé ne sont pas consommateurs. Le premier occupe une fonction de « sauveur » pour Bérengère, comblant son besoin de sécurité et sa difficulté à être seule par la constitution d'une famille idéale et idéalisée. La relation anaclitique (Coleman, 1987 ; Courty, 2010) prévaut associée à une angoisse de perte massive. Son compagnon est ainsi idéalisé et toute représentation négative est éludée ou retournée contre elle-même. Quant

à Chloé, c'est la rencontre avec son conjoint, plus âgé, « *avec une situation* » et qui nous renvoie à une figure paternelle recherchée, qui l'a conduite vers un suivi et la mise en place du traitement de substitution puis l'arrêt de toutes consommations (dont le TSO pendant deux ans) (Lex, 1995 cité dans Barrault, 2013). En revanche, des conflits au sein du couple et surtout le sentiment d'être « délaissée » ont entraîné une reprise des produits (Epstein & McCrady, 2002 ; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003, cités dans Barrault, 2013). Le recours aux produits semble donc étroitement lié à l'investissement de sa relation de couple et au soutien apporté ou non par son conjoint. L'on peut alors penser que la relation avec son conjoint s'est substituée à celle de dépendance à la drogue, soulignant ainsi l'anaclitisme de la relation (Coleman, 1987 ; Courty, 2010). La structuration des couples de Bérengère et de Chloé fait alors écho à celle de type C (1) de Soullignac et al. (2004).

Enfin, Anaïs a rencontré son conjoint peu de temps après le décès de sa grand-mère maternelle dont la perte a, semble-t-il, favorisé certains remaniements psychiques et notamment un réaménagement des relations objectales ayant conduit à une première grossesse non menée à terme et surtout l'arrêt définitif des consommations d'héroïne par injection. La revalorisation narcissique par son conjoint a pu également permettre une première modification de la relation de dépendance à la drogue. Nous nous demandons cependant dans quelle mesure l'objet-drogue à injecter n'a pas été remplacé par la relation de dépendance à son conjoint malgré une évolution somme toute positive de la dépendance qui s'inscrit maintenant dans quelque chose de moins corporel. Son conjoint occupe ainsi une fonction étayante, soutenant pour Anaïs depuis leur rencontre. La relation anaclitique domine (Coleman, 1987 ; Courty, 2010), associée à une représentation idéalisée. Toute dimension ambivalente ou agressive est déniée. Il semble par ailleurs faire tiers dans la relation duelle mère-fille. La première grossesse non menée à terme laisse ainsi entendre une tentative de se séparer de la mère.

1.9.2. *Fonction et place du conjoint face aux produits pendant la grossesse et après la naissance*

Ainsi, deux des pères consommaient de l'héroïne avant et après la grossesse (conjoint de Juliette et Carine). Deux autres avaient recours à un TSO (conjoint d'Anaïs et Sonia). Enfin, les conjoints de Bérengère et Chloé ne sont pas consommateurs. Le compagnon de Bérengère n'est par ailleurs pas au courant ni de son passé de toxicomane ni de son recours au TSO. Cela participe aux sentiments de culpabilité et de honte éprouvés, avec toujours la crainte de le perdre s'il venait à en prendre connaissance. Son conjoint n'est pas soutenant quant à sa diminution

des consommations de tabac. Il s'avère au contraire culpabilisant. Bérengère entend alors sa prise de distance pendant la grossesse comme une punition.

Les conjoint de Carine, Juliette et Sonia ne représentent pas non plus un soutien face à l'arrêt des consommations occasionnelles d'héroïne et à la stabilisation du TSO puisqu'eux-mêmes continuent à consommer des produits, parfois à la vue de leur compagne. Ils les laissent à disposition, alors même que ces dernières sont en proie à une ambivalence massive entre désir de consommer et lutte contre ce désir, notamment pour le bien-être du fœtus. Elles évoquent alors des divergences dans les projections pour l'avenir avec des centres d'intérêts différents et une absence de responsabilisation de leur conjoint qui ont pu favoriser des conflits et participer à une représentation négative de ces derniers. Les consommations se poursuivent après la naissance de l'enfant excepté pour le conjoint de Sonia.

1.9.3. Investissement du futur père pendant la grossesse

La majorité des futurs pères est très (trop) peu investi dans la grossesse aux yeux de leur compagne bien qu'ils puissent se montrer plus prévenants au quotidien. La grossesse a cependant renforcé les couples de Carine et Sonia avec un rapprochement et/ou des retrouvailles. Le temps de la grossesse semble ainsi avoir permis un cheminement du couple de Sonia. La grossesse est venue réinterroger les relations et les bases du couple qui étaient, jusqu'alors, organisées autour de la drogue rappelant ainsi le fonctionnement de type A décrit par Soullignac et al. (2004) chez les couples de sujets consommateurs. Seul le conjoint d'Anaïs s'avère extrêmement étayant pour elle dans la réassurance face aux angoisses mortifères massives qui l'envahissent au cours de la grossesse. Il semble très investi auprès d'elle et dans la grossesse. La présence/absence de son conjoint en tant que père auprès de leur futur enfant est par ailleurs un point sur lequel Chloé se montre très insistante.

Malgré tout, les mouvements fœtaux représentent un moyen, pour la grande majorité des femmes, d'intégrer le père dans la grossesse et favoriser les liens père-bébé. Cela est particulièrement visible pour le conjoint de Sonia, beaucoup plus investi en fin de grossesse. Le processus du devenir père est en effet un cheminement qui inclut l'investissement et l'interprétation du percept et de la sensorialité. Le père apparaît déjà présent dans la tête des futures mères pendant la grossesse et est introduit dans la relation qui est ainsi triangularisée (Anaïs, Bérengère, Sonia, Carine, Chloé). L'introduction du futur père dans la dyade mère-fœtus/bébé semble également parfois relever de la nécessité d'introduire un tiers face à une relation fusionnelle trop angoissante ou bien comme réassurance par rapport à leur vécu

d'étrangeté. Le conjoint de Juliette, bien qu'il soit introduit spontanément dans son discours, n'est cependant jamais mis en lien avec le bébé à naître, par ailleurs difficilement pensé.

L'on note également le refus du conjoint de Carine qu'elle allaite le bébé après la naissance. Cela met en évidence un sentiment de rivalité avec le bébé. Le fait que Carine accepte alors que cela va à l'encontre de ses propres désirs, semble-t-il, rend compte à la fois d'une dépendance affective et du sentiment de culpabilité de lui avoir « *imposé* » cet enfant.

1.9.4. Investissement du père auprès du bébé après la naissance

L'investissement du père auprès du bébé et en tant que soutien auprès de sa compagne après la naissance est très hétérogène selon les situations. Ainsi, les conjoints de Bérengère et Carine sont investis affectivement auprès de leur enfant et partagent des temps mais uniquement de jeux et de plaisir. Ils ne participent pas aux soins et ne se montrent pas suffisamment aidants au quotidien. Les représentations négatives sont cependant toujours mises à distance dans une visée protectrice de l'objet d'étayage qui pourrait être détruit, disparaître. Le besoin de « cadre » et de « stabilité » recherché par Bérengère est alors apporté par ses enfants et non plus par son conjoint. Ses enfants occupent alors la place contenante et étayante qui était dévolue jusqu'à maintenant à son conjoint. Cela pourrait alors signer un déplacement de la dépendance affective.

Le père des enfants de Juliette n'est pas du tout investi auprès de leur fille contrairement à leur fils aîné. La fonction paternelle est ainsi complètement absente dans la relation mère-fille, aussi bien dans la réalité que dans la psyché de Juliette. Elle n'occupe pas de rôle de séparateur. Cela ne peut que favoriser la prolongation d'une relation fusionnelle narcissique mère-fille.

La relation dyadique mère-bébé est également prédominante dans le discours d'Anaïs à l'entretien des quatre mois. Elle n'introduit plus son conjoint de façon spontanée excepté dans une indifférenciation entre ce dernier, le bébé et elle-même, relative aux troubles de l'intégrité corporelle et aux attaques d'un bébé perçu comme vampirique. Cela est moins vrai lors du dernier entretien où son conjoint apparaît comme soutien, support d'étayage et de réassurance dans son rôle de mère. Il semble aider à canaliser les angoisses et occupe une position plus tierce dans la relation mère-bébé, ce qui est rassurant face aux angoisses de séparation de l'une et l'autre. Par ailleurs, c'est aussi un père présent auprès de son fils. Anaïs semble également plus à même, lors du dernier entretien, de différencier son conjoint de son bébé, distinguant les générations et les places de chacun de par l'amour qu'elle leur porte.

Le conjoint de Chloé occupe une grande partie du discours du fait de son absence auprès d'elle et du bébé. L'on peut d'abord se demander si la relation fusionnelle mère-bébé suite à

l'hospitalisation de l'enfant n'a pas favorisé une mise à l'écart du père-tiers dans un premier temps, qui a également pu être inconsciemment empêché par Chloé en recherche de cette fusion. Néanmoins, il nous semble, dès l'entretien des quatre mois, que son conjoint ne cherche pas et peut-être fuit cette place de père. Nous ne pouvons que remarquer la répétition du vécu de Chloé avec son propre père absent auprès de ses enfants dont elle veut préserver son fils. Cela également comme réparation de l'enfant qu'elle a été. Cela s'articule par ailleurs avec une identification à son fils qui tend vers l'indifférenciation. Les représentations concernant son conjoint en tant que père sont ainsi négatives malgré des tentatives de rationalisation. L'absence de son conjoint auprès d'elle en tant que soutien dans son rôle de mère est également pointée. L'absence d'investissement paternel la renvoie ainsi à un sentiment de solitude exacerbé.

Le conjoint de Sonia s'avère en revanche autant impliqué qu'elle auprès de leur fille et ce sur tous les plans (jeux, soins, ...). Sonia identifie des places et des rôles différents pour elle et son conjoint en tant que mère et père. La relation père-bébé est en effet marquée par l'activité, la stimulation, la proximité physique, et par le jeu (Kestemberg, 1981). Elle évoque au dernier entretien, un couple parental « *complémentaire* » qui fait écho aux observations de Cantos-Jeronne et al. (2008), dans le cas de couples sous TSO sans consommations annexes, d'une « inter-surveillance douce » entre les deux partenaires, avec reconnaissance des responsabilités. Son conjoint occupe également une fonction de soutien et d'étayage dans son nouveau rôle de mère et dans la relation à sa fille. Il est à la fois tiers et relais. Il la requalifie et la rassure également dans ses compétences maternelles. Elle évoque également un « *regard extérieur* » à la relation fusionnelle mère-bébé qui a pu venir temporiser et la contenir. Sonia se compare ainsi beaucoup à son conjoint, de même qu'elle compare toujours sa relation avec sa fille à celle de son conjoint et de leur fille qui est idéalisée, à contrario de la sienne. S'agit-il d'un sentiment de jalousie à l'égard de son conjoint qui sait mieux y faire qu'elle ? Cela traduit en tous cas une fragilité narcissique et un manque de confiance en elle en tant que mère.

1.9.5. Evolution du couple après la naissance de l'enfant

Anaïs est aux prises entre son désir de passer du temps en couple, mais aussi de se reposer sans son fils, et son impossibilité à s'en séparer. L'absence de moments à deux et de relations intimes est source de peur d'une rupture du couple de la part d'Anaïs, autant que de son conjoint d'après elle. Les troubles du sommeil de James viennent ainsi mettre en difficulté, voire en péril, le couple. Cela alimente une représentation négative du bébé, mise à distance.

Carine, malgré une évolution de la dynamique du couple déjà soulignée pendant la grossesse et qui perdure après la naissance, se questionne également sur la pérennité de son

couple dans ce nouveau statut de parents. Cela aurait trait à des divergences quant aux projets et attentes concernant le futur, notamment autour des consommations (Guéguen & al., 2016). L'on peut alors penser que le couple était structuré autour des consommations rappelant le fonctionnement de type A décrit par Soullignac et al. (2004) dans les couples toxicomanes. Elle souhaite cependant préserver sa fille de ce qu'elle-même a vécu douloureusement dans une tentative de réparation de ce vécu. De nouveau, c'est la problématique de la séparation qui domine. Elle insiste également sur l'évolution positive de son conjoint depuis la naissance. La paternité apparaîtrait ainsi investie positivement (Devault, Milcent & Ouellet, 2005), représentant peut-être un rôle structurant pour construire une nouvelle identité (Xiberras & Bouzat, 1999, cités dans Guéguen & al., 2016). Néanmoins, cela n'a pas favorisé la diminution des consommations ou le passage au TSO. Nous notons par ailleurs une rivalité pendant la grossesse face au bébé, pouvant conduire à une augmentation des consommations (Grégoire, 2010).

Sonia, en revanche, insiste sur l'évolution positive de leur relation et de leur dynamique de couple depuis la naissance de leur fille. Cela a trait à un bouleversement et une réorganisation du couple autour d'une nouvelle dynamique et de nouvelles attentes et représentations communes du fait de l'arrivée de leur fille dans leur vie et de leur nouveau statut de parent. Auparavant, la relation était en effet organisée autour des consommations de substances. Leur fille est perçue comme venant combler le manque comme la drogue est venue combler un manque. Il semble également que le couple parental prime largement sur le couple conjugal. C'est la dimension famille qui domine avec un couple qui se construit autour du bébé et non plus autour du produit. Peut-on alors penser que le fonctionnement triadique auparavant centré sur la drogue (Guéguen & al., 2004) s'est déplacé sur l'enfant ? L'enfant remplacerait-il alors la drogue dans le fonctionnement du couple ? Néanmoins, l'on a pu repérer tout au long du discours, un cheminement de la part de Sonia qui pourrait laisser penser que l'arrivée de cet enfant dans leur vie n'est pas à l'origine simplement des changements opérés mais vient probablement s'inscrire dans un processus de changement débuté en amont. Malgré tout, il nous semble que leur fille vient cristalliser ces changements et est porteuse de représentations idéalisées et de promesses pour l'avenir. Les représentations et les attentes inconscientes attachées à cette enfant sont massives. Par ailleurs, la paternité apparaît investie très positivement avec un investissement effectif auprès de sa fille (Devault, Milcent & Ouellet, 2005), et peut représenter un rôle structurant pour construire une nouvelle identité (Xiberras & Bouzat, 1999, cités dans Guéguen & al., 2016). Contrairement à Sonia, son conjoint n'a pas repris de consommations occasionnelles de produits (Soullignac & Croquette-Krokar, 2003).

L'absence de son conjoint auprès de Chloé et auprès de leur fils est source de sentiments de tristesse, de colère et de rancune à l'égard de son conjoint. Cela alimente également des conflits dans le couple où l'enfant est directement identifié comme la source des problèmes conjugaux qui vient inévitablement perturber la dynamique conjugale. Les actuels conflits du couple et son sentiment d'abandon réactivent des envies de consommer (Esquivel, 1994), bien qu'elle y résiste. L'on peut alors penser que la relation fusionnelle avec son fils ne vient ni remplacer celle à son conjoint ni l'objet-drogue puisque les conflits du couple alimentent des envies de produits et qu'elle a de grosses difficultés à diminuer son traitement de substitution depuis la naissance de son fils. Plusieurs problématiques sont ainsi en jeu. A la fois Chloé souhaite que son conjoint soit présent auprès de leur fils comme réparation de son propre vécu abandonnique dans une identification à son fils et à la fois elle cherche à l'exclure pour maintenir une relation fusionnelle permettant d'éviter la séparation et la perte. Parallèlement, cette relation fusionnelle et de dépendance apparaît menaçante pour elle avec la recherche d'un tiers que peut représenter son conjoint, l'enfant qu'elle garde mais aussi le traitement (et le produit).

La naissance de leur fille est également venue mettre au grand jour les conflits du couple parental préexistants à la grossesse pour Juliette et son conjoint. La grossesse a alors pu représenter un frein à la séparation. Néanmoins, d'un autre côté, l'on peut penser que cette grossesse « accident » représentait une tentative de « recoller les morceaux ». Son conjoint attribue à la naissance de leur fille la fin du couple qui serait venue le « remplacer » au sein du couple. La rupture et le maintien (voire l'augmentation) de ses consommations notamment d'alcool pourraient être liés à son désinvestissement par Juliette qui va se centrer sur le bébé, représentant alors un « rival », ce qui est vécu comme un abandon (Grégoire, 2010 ; Soullignac & Croquette-Krobar, 2003). Nous nous demandons alors si cette grossesse « accident » n'avait pas également pour but de « remplacer » une relation de couple jusqu'alors plutôt fusionnelle, aujourd'hui insatisfaisante. La séparation du couple est cependant intervenue suite à l'annonce du diagnostic des troubles du développement de leur fils aîné. Malgré tout, le père des enfants est présent lors du dernier entretien mais plus comme un « soutien » pour épauler Juliette au quotidien que dans une relation de couple. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool de son conjoint a fortement participé à la rupture du couple, renvoyant Juliette à sa propre histoire dans une identification inconsciente de son conjoint à son père, alcoolique et violent. L'on peut faire l'hypothèse d'une répétition inconsciente dans une probable tentative de maîtrise et de réparation du traumatisme. Le toxique aurait ainsi occupé une place centrale dans le fonctionnement et la structuration du couple (type A décrit par Soullignac & al., 2004),

probablement comme mythe fondateur du couple (Guéguen & al., 2004). Le passage au TSO de Juliette et les divergences autour des produits auraient alors également participé à la rupture du couple (Guéguen & al., 2004). Nous nous demandons également finalement si Juliette avait véritablement investi la conjugalité et s'il ne s'agissait pas plutôt de trouver un « géniteur » pour accéder à la parentalité. Cela serait à mettre en lien avec les grossesses dès l'adolescence et la problématique incestuelle. L'on peut en fait se demander si être mère ne s'oppose pas à l'être-femme associée à des représentations sexualisées crues et incestueuses pour Juliette. Etre mère à l'adolescence pourrait ainsi représenter une défense contre l'être-femme. La grossesse en elle-même impliquant alors des fantasmes de fermeture du corps, de complétude contrairement au féminin marqué par la réceptivité et les fantasmes d'effraction.

Nous n'avons pas d'information spécifique concernant le couple conjugal et parental pour Bérengère.

Il apparaît chez la majorité des femmes (et des couples) que l'enfant et la parentalité restent surinvestis au détriment du couple conjugal aux douze mois de l'enfant. La relation amoureuse et érotique serait ainsi évitée peut-être parce que trop menaçante (Smadja, 2011). L'enfant pourrait alors occuper un rôle de tiers séparateur, comme la drogue avant lui.

2. PROCESSUS DE MATERNALITE CHEZ LES FEMMES NON TOXICOMANES

2.1. Histoire de vie et relations aux figures parentales

2.1.1. Théodora

L'enfance et l'adolescence de Théodora sont marquées par la rivalité fraternelle exacerbée avec sa sœur aînée dont elle a le sentiment qu'elle a toujours été « *privilégiée* » par leurs parents. Cela est source d'une blessure narcissique associée à un vécu d'injustice, une recherche de valorisation, de reconnaissance et de narcissisation de la part des figures parentales. Théodora agit différemment de sa sœur et de sa mère, elle a donc le sentiment de « mal faire », source d'une blessure narcissique et de la crainte d'être rejetée. Les affects de jalousie, d'envie et d'agressivité dominant le discours, trahissant une composante dépressive, malgré des défenses rigides la plupart du temps opérantes.

L'arrivée du nouvel enfant dans la famille vient réactiver massivement ses conflits infantiles notamment cette rivalité fraternelle. Riazuelo (2004) notait d'ailleurs que le désir d'un second enfant renvoyait au vécu de la mère dans sa propre famille et aux relations avec la fratrie. L'on repère notamment des angoisses d'abandon et de rejet projetées sur son fils de deux ans qui occupe la place du « milieu » dans la fratrie, comme elle-même dans sa propre fratrie, également constituée de quatre enfants. Par ailleurs, elle s'identifie à son autre fils également « au milieu » (2^{ème} enfant de la fratrie) qui a des difficultés à trouver sa place au sein de la famille autant qu'au sein de la société. Cela fait directement écho à son propre vécu. Riazuelo (2004) soulignait ainsi que les femmes enceintes d'un deuxième enfant ou plus seraient davantage confrontées à la rivalité fraternelle en lien avec les angoisses concernant la réaction et les ressentis de leur(s) aîné(s) face à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur.

Les enjeux de cette rivalité fraternelle se jouent également toujours avec sa sœur aînée, aussi bien pendant la grossesse que pendant la première année de vie de son fils. La rivalité s'articule d'ailleurs massivement autour de la maternité, seul domaine où Théodora a *fait mieux* que sa sœur avec quatre enfants qu'elle a eu avant cette dernière. Néanmoins, le conflit s'exprime également autour du travail où sa sœur brille par son poste à responsabilités. Cela rend par ailleurs compte d'un conflit identificatoire en jeu chez Théodora.

Il nous semble qu'au-delà d'un conflit relevant de la rivalité fraternelle, les enjeux autour de la maternité dans la relation à sa sœur rendent également compte d'un déplacement d'une problématique de rivalité avec la figure maternelle. Cela permettrait alors de préserver la figure maternelle de l'agressivité et des sentiments de jalousie et d'envie.

Malgré tout, la rivalité œdipienne se fait également jour dans la relation à sa mère, toujours autour de la maternité. Le second enfant et les suivants renverraient à un versant plus agressif que libidinal de l'Œdipe. La rivalité œdipienne vis-à-vis de la mère serait ainsi exacerbée et au premier plan (Riazuelo, 2004). Avoir autant d'enfants que sa mère est une façon à la fois de s'y identifier, d'être comme elle, mais aussi de la dépasser. Théodora insiste d'ailleurs sur ce qu'elle a de plus que sa mère dans une dimension phallique. Être mère pour Théodora a pu être un moyen de se séparer de sa mère. En effet, il apparaît que c'est en tant que mère qu'elle a pu s'affirmer, poser des limites. Néanmoins, il semble toujours difficile pour Théodora d'occuper sa place de mère auprès de ses enfants face à sa propre mère. Cela s'articule tant à une problématique œdipienne que précœdipienne : désir d'un enfant du père marqué par le fort investissement de la première grossesse « hors couple », le conjoint de l'époque étant pour sa part fort peu investi dans cette parentalité. Mais désir aussi de faire don de son enfant à la mère et/ou faire un enfant à la mère maintenue dans un statut de mère toute puissante. Théodora se sent encore actuellement remise en question par sa mère dans son statut et surtout ses compétences maternelles. L'ambivalence reste massive entre une agressivité refoulée mais présente par le sentiment d'agacement, et la difficulté à remettre en question sa mère et ses comportements, et surtout de rentrer en conflit. Malgré cette représentation négative de sa mère, Théodora est également en capacité de s'y identifier sur certains points qu'elle souhaite et tente de reproduire avec ses enfants.

2.1.2. Eléonore

L'enfance d'Eléonore est marquée par les conflits parentaux auxquels elle était directement confrontée puisqu'elle faisait office de confidente pour chacun de ses deux parents. Cela a entraîné un fort sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'un et de l'autre sur fond de conflit de loyauté. Eléonore est alors dans un désir de différenciation face au modèle parental tout en pouvant néanmoins s'appuyer sur des représentations positives et étayantes lui servant de repère identificatoire.

L'adolescence d'Eléonore est ensuite marquée par une relation de dépendance affective à sa mère qu'elle craint de reproduire avec son enfant. La figure maternelle est décrite comme déprimée et égocentrique. L'on entrevoit l'impossibilité de se séparer de cette mère. La relation de dépendance, qu'Eléonore critique âprement, semble avoir été exacerbée par la découverte d'attouchements subis dans l'enfance par son grand-père maternel. Sa mère s'est alors montrée extrêmement présente et soutenante pour sa fille, peut-être dans une identification à celle-ci, mais également en raison de sa culpabilité à ne pas l'avoir protégée. Cela a accentué le

« pouvoir » de sa mère sur Eléonore. Par ailleurs, les relations avec son père étaient très distantes et marquées par des fantasmes mortifères, peut-être dans une identification à sa mère en lien avec les conflits conjugaux. Cela a également très probablement trait à des vœux mortifères en lien avec les antécédents d'attouchements par son grand-père maternel. Chez une victime d'abus sexuels durant l'enfance, les fantasmes sexuels infantiles réactualisés viennent se confondre avec la réalité. D'où un besoin pour Eléonore de mettre à distance la figure paternelle face à un risque de réalisation des fantasmes incestueux en lien avec les reviviscences des abus sexuels par le grand-père paternel qui a pu également exacerber la culpabilité œdipienne à l'égard de sa mère. Cela pourrait rendre compte d'une certaine confusion entre figure masculine paternelle et abuseur. Le traumatisme de l'abus a par la suite mis à mal le processus pubertaire.

Un travail psychothérapeutique a favorisé par la suite une première élaboration du traumatisme des attouchements qui a, semble-t-il, permis un rapprochement avec la figure paternelle (qui n'est plus confondue avec l'agresseur) et un détachement avec la figure maternelle, favorisé par ailleurs par la rencontre avec son conjoint. L'investissement possible dans une vie de couple avec un investissement génital de l'objet ainsi que le désir de maternité signeraient une certaine élaboration du traumatisme également soutenue par des capacités de résilience (Lecomte, 2002 cité dans Shabanova Vandelet & al., 2015 ; Shabanova Vandelet & al., 2015). Sous couvert d'une relation de dépendance à la mère à la fois critiquée et recherchée par Eléonore, c'est également la rivalité œdipienne qui se joue, et ce d'autant plus massivement après la naissance de son fils. Cette rivalité alimente le sentiment de culpabilité exacerbé. La relation à sa mère reste néanmoins marquée par la difficulté à trouver une juste distance. Sa mère fait également l'objet de représentations et affects beaucoup plus négatifs que positifs. La rivalité et le désir de s'en séparer dominant malgré la difficulté à se décaler de sa place de fille, sa mère conservant sa place de mère dans les représentations de Eléonore et non pas de grand-mère. L'on repère la présence toujours vive d'une imago maternelle toute-puissante qui vient remettre en question Eléonore dans son rôle de mère.

La grossesse représente néanmoins un espoir de retrouvailles avec sa mère dans une relation « *équilibrée* » car elle représente également un soutien, un modèle (sur certains points) et un support d'étayage pour Eléonore. Cette dernière ne supporte pas avoir besoin d'elle mais ne supporte pas non plus que sa mère puisse ne pas être disponible, ce qui traduit la permanence de la dépendance à son égard et la difficulté à trouver une juste distance. La problématique de dépendance s'inscrit ainsi dans une problématique archaïque sur fond de séparation-individuation mais surtout œdipienne.

1.1.Grossesse

1.1.1. Antécédents de grossesse

Théodora a déjà trois enfants, deux d'une précédente union, une fille et un garçon, âgés respectivement de treize et onze ans, et un fils de presque deux ans avec son conjoint actuel.

Ni Théodora ni Eléonore n'ont vécu de grossesses non menées à terme.

1.1.2. Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

Le désir d'enfant semble être plus porté par le conjoint de Théodora. L'annonce de la grossesse est source d'affects positifs mais également d'une certaine ambivalence du fait de la « rapidité » avec laquelle elle est arrivée et des contraintes gestionnaires et organisationnelles du quotidien dans lesquelles elle s'inscrit. Théodora regrette ainsi son propre manque d'investissement dans cette grossesse du fait de ces contraintes. La grossesse et l'arrivée du bébé sont également représentées par une liste de choses à faire, un lot de tâches supplémentaires qu'elle assume, semble-t-il, principalement seule. L'organisation quotidienne reste néanmoins indispensable avec quatre enfants à gérer dont un nouveau-né et un petit de deux ans.

Le désir d'enfant et le désir de parentalité apparaissent en revanche surinvestis pour Eléonore. La grossesse apparaît idéalisée soulignant peut-être la difficulté à élaborer la haine maternelle massivement contre-investie. Cette idéalisation pourrait être liée à la crainte d'une destruction en lien avec la mère archaïque et/ou œdipienne mais surtout en lien avec les attouchements subis pendant l'enfance. Eléonore insiste sur l'importance des neuf mois de grossesse pour assimiler les changements et remaniements et la présence de l'autre en soi mais également accepter l'intrusion de cet autre. Cela traduit une meilleure élaboration de la haine maternelle sous forme d'ambivalence.

1.1.3. Changements corporels, mouvements fœtaux et investissement de la grossesse

Les échographies et les mouvements fœtaux ont favorisé, pour les deux femmes, la prise de conscience de l'existence d'un autre en elle et de l'arrivée prochaine de ce bébé dans leur vie qui est ainsi devenue concrète (Soulé & al., 1999). L'échographie représente également pour Théodora une première rencontre avec son bébé et un support de développement des représentations et des fantasmes le concernant. Les mouvements fœtaux ont participé à la différenciation du fœtus reconnu comme un être d'altérité par les deux parents. La conscience et la construction de représentations du bébé passent ainsi par les sens pour Eléonore. Le toucher

et le voir (échographies) sont par ailleurs un moyen de partager avec le futur père, partage recherché massivement. Les changements corporels semblent être investis positivement.

1.1.4. Investissement et représentations du fœtus pendant la grossesse

Théodora a appris par erreur qu'elle attendait un petit garçon. L'échographie, de même que nos questionnements concernant l'intimité de sa grossesse et de l'enfant en elle, alimentent une certaine agressivité face au regard intrusif qui vient briser le secret de son intérieur et le secret autour du sexe de son bébé. L'échographie pourrait également représenter une transgression face à la scène primitive réactualisée par la grossesse (Viaux-Savelon & al., 2014), ce qui signe l'érotisation de la grossesse autant que du fœtus (Bydlowski, 1997). Ce dernier fait l'objet de peu de représentations verbalisées concernant ses futures caractéristiques bien que Théodora interprète et lui attribue déjà des intentions pendant la grossesse. Ses craintes ou désirs sont plutôt centrés sur le bébé en tant que tel : le sommeil, l'alimentation, les régurgitations, les pleurs. Néanmoins, des auteurs comme Riazuelo (2004) notaient que la plupart des femmes enceintes d'un deuxième enfant ou plus communiquaient moins avec leur bébé, qui était, par ailleurs, investi beaucoup plus tard que le premier enfant. Ces femmes auraient moins besoin d'anticiper ce nouvel enfant à venir.

Eléonore attend également un petit garçon investi très positivement malgré une ambivalence qui a trait à son souhait d'avoir une petite fille. Le procédé dépressif laisse entendre le deuil de l'enfant imaginaire pour cette grossesse-ci, déjà transposée dans un nouveau désir d'enfant. Eléonore est déjà très en relation avec son bébé et lui attribue une intentionnalité à partir des mouvements fœtaux. Les relations futures sont marquées par ses propres difficultés relationnelles avec ses parents et par le poids des conflits pendant l'enfance dans un désir de réparation. Les représentations concernant le physique et le caractère de son fils sont assez peu nombreuses puisque l'accent est porté sur la différenciation et la reconnaissance de son enfant en tant qu'être d'altérité avec ses désirs propres. Il s'agit de rencontrer et d'accompagner un « autre ». Cette insistance sur la différenciation pourrait néanmoins laisser entendre l'angoisse face à une relation fusionnelle trop menaçante parce que trop envahissante pour le psychisme d'Eléonore. En effet, le fantasme de débordement psychique est présent en filigrane dans une grande partie du discours. Nous pouvons penser que les antécédents traumatiques ont pu entraîner un empiétement psychique impliquant un risque de débordement psychique contre lequel elle se défend par son besoin de maîtrise. En effet, le besoin de maîtrise, de contrôle, d'anticipation, le surinvestissement de l'extérieur et la suractivité dont elle fait preuve au quotidien pourraient être mis en lien avec ce traumatisme

passé et être accentué pendant la grossesse. Celle-ci, ainsi que la présence de l'autre en soi, peuvent en effet venir réactualiser des sensations et représentations liées aux abus sexuels (Apers, 2009 ; Bayle, 2006 ; Bonnet, 1992 ; Bydlowski, 2000 ; Chabert & Chauvin, 2006 ; Mazoyer & al., 2013 ; Rouyer, 1995). La grossesse implique également une centration sur l'intériorité et met en jeu la réceptivité et la passivité comme expérience du féminin. Ces caractéristiques du féminin et notamment la passivité s'avèrent ainsi menaçants pour Eléonore, en lien avec les antécédents d'abus. La passivité pouvant d'ailleurs renvoyer à la passivation traumatique (Green, 1990, 1999). La grossesse et le devenir mère représenteraient ainsi une menace pour son psychisme et son identité, à la hauteur des contre-investissements et défenses mis en jeu par Eléonore. Ceux-ci s'avèrent cependant opérants. Ils pourraient également représenter une défense contre un vécu dépressif sous-jacent qui menace de l'envahir. Elle s'appuie également sur son conjoint pour la freiner. Malgré tout, Eléonore semble avoir pu élaborer et s'adapter aux remaniements psychiques en jeu dans le devenir mère sans pour autant être débordée. Elle est en capacité de se laisser malgré tout être imprégnée par ces modifications et de se les approprier progressivement. Cela semble toujours en cours. Les défenses rigides pourraient permettre de limiter la régression et l'émergence pulsionnelle qui pourraient la désorganiser et qui semblent mettre en jeu son existence aux vues des éléments mortifères qui apparaissent transitoirement dans le discours. Il nous semble que l'émergence pulsionnelle contenue à plus trait à l'agressivité et/ou la haine qu'à des mouvements libidinaux. Ils pourraient renvoyer à une haine contre la figure maternelle ou contre le fœtus identifié à son abuseur.

1.2.Suivi médical de la grossesse

Théodora et Eléonore mentionnent un suivi de grossesse régulier. Après la naissance, les deux enfants avaient un suivi régulier avec un pédiatre en libéral.

1.3.Accouchement

Les grossesses de Théodora et d'Eléonore se sont prolongées après terme. Cela était déjà le cas pour les deux fils de Théodora (cela n'a pas été le cas pour sa fille). L'on peut penser que les enfants de sexe féminin et masculin sont investis différemment par Théodora et que cela vient mettre en jeu des problématiques différentes.

Cette prolongation de la grossesse chez les deux femmes pourrait avoir trait à une angoisse de perte (de soi, du bébé imaginaire), à l'angoisse de castration par notamment le retour des fantasmes œdipiens, majorés avec l'attente d'un enfant de sexe masculin, ou encore à la

rencontre avec un bébé réel qui ne correspondra pas à leurs attentes et désirs. Elle peut également rendre compte de l'angoisse de ne pas pouvoir « rencontrer » et communiquer avec ce bébé, à l'angoisse de n'être, elles-mêmes, pas une mère idéale et enfin aux conflits non élaborés avec leur propre mère.

L'accouchement renvoie également à la passivité, à une absence de contrôle, particulièrement angoissant pour Eléonore comme nous avons déjà pu le noter suite à notre premier entretien au regard du traumatisme de l'enfance. Dans le cas d'Eléonore, l'accouchement est très vraisemblablement venu réactiver les séquelles traumatiques des attouchements, d'où un vécu d'effraction corporelle et psychique (Chabert & Chauvin, 2005 ; Leeners & al., 2016 ; Rouyer, 1995 ; Shabanova Vandelet & al., 2015). L'enfant peut par ailleurs être identifié à son abuseur (Apers, 2009 ; Shabanova Vandelet & al., 2015). L'évocation de l'accouchement lui-même est ainsi marquée par des représentations négatives extrêmement massives qui font, selon nous, directement écho aux attouchements (pénétration/expulsion). L'accouchement a alors été marqué par un temps de sidération. Bergeret-Amselek (1996), comme d'autres auteurs, estime que la douleur de l'accouchement permet l'inscription psychique de l'accouchement et de son sens si cette dernière peut être accueillie, contenue et éprouvée sans désorganisation. L'accouchement implique de se laisser effracter dans le réel ainsi qu'une contradiction entre un « lâcher-prise » par rapport à la douleur et la nécessité de la contenir, l'intégrer, tout en ne cherchant pas à la maîtriser. Il nous semble que la douleur n'a pas pu être intégrée par Eléonore, qu'elle est venue l'effracter, dépassant ses possibilités d'intégration. L'accouchement a ainsi représenté une véritable effraction corporelle et psychique désorganisante pour elle et que l'on peut mettre en lien avec la reviviscence du traumatisme des attouchements. Cela expliquerait sa difficulté à prendre conscience dans les premières minutes après l'accouchement que son bébé était bien sorti. Il lui a ainsi fallu un petit temps pour se retrouver, se réunifier, pour pouvoir se tourner vers son bébé.

1.4.Représentations du bébé et relations précoces

1.4.1. *Allaitement et réactivation de fantasmes archaïques*

Théodora ne fait mention d'aucun problème particulier autour de l'alimentation ou du sommeil. Elle avait choisi d'allaiter son fils pour favoriser la relation. La tétée d'accueil a d'ailleurs favorisé la rencontre, la reconnaissance de son fils en tant que sien et l'investissement dans son rôle de mère avec ce nouvel enfant. Malgré un temps privilégié de relation à deux, le sevrage de l'allaitement au sein a été progressivement mis en place par Théodora, signant alors la fin de la relation fusionnelle. Le passage au biberon a par ailleurs permis des nuits complètes,

ce qui indique que le réveil nocturne était plus lié à une satisfaction pulsionnelle, un plaisir dans la relation au sein qu'à un véritable besoin de satiété de son bébé.

L'allaitement, bien que désiré par Eléonore, est en revanche venu réactualiser des fantasmes archaïques d'un bébé « vampirique », vidant sa mère de son énergie (Blin & al., 2007 ; Parat, 1999, 2007, 2009). Il est probable que les difficultés de son fils à s'alimenter au sein et à prendre du poids relèvent de ces fantasmes. Le bébé aurait « ressenti » les angoisses maternelles, adaptant alors son comportement pour « préserver » sa mère. Il semble ainsi que la passation exclusive au biberon ait été un soulagement pour Eléonore et qu'elle corresponde au moment où son bébé se soit mieux alimenté, rattrapant son retard de prise de poids. La possible angoisse de dévoration, d'engloutissement réactivée par l'allaitement serait à mettre en lien avec les angoisses de dévoration et d'engloutissement par sa mère dans la reviviscence de la fusion totale mère-enfant. Les complications autour de l'allaitement sont également à mettre en lien avec les antécédents d'abus sexuels subis par Eléonore, l'allaitement pouvant induire des sensations (contractions vaginales, ...) déclenchées par la tétée (Apers, 2009 ; Bayle, 2006). L'allaitement au sein pourrait aussi s'avérer trop menaçant par l'érotisation et le rapproché sexuel qu'il implique.

Eléonore ne peut non plus se laisser passiver par son bébé. La séduction primaire et la dépendance primaire s'avèrent ainsi trop menaçantes pour elle au regard du trauma sexuel, d'autant que son bébé est de sexe masculin. Celui-ci pourrait alors être identifié inconsciemment à son agresseur. Cela s'articule avec l'insistance d'Eléonore sur l'indépendance et la différenciation de son bébé, la fusion risquant de la déborder psychiquement. La dépendance réciproque mère-bébé pourrait également faire écho à celle vécue dans la relation avec son agresseur (Rouyer, 1995).

1.4.2. Problèmes de santé du bébé, culpabilité et/ou angoisses mortifères

Les problèmes de santé de son fils, sans gravité mais ayant néanmoins nécessité des hospitalisations dès ses premières semaines de vie, sont perçus comme dirigés contre Théodora elle-même dans une valence agressive qu'elle attribue à son fils et qui renvoie finalement à ses propres projections agressives à l'égard de celui-ci. Le bébé, à travers son état de santé, représente en effet une source d'angoisse et peut venir remettre en cause l'investissement narcissique dont il est porteur. Les mécanismes défensifs rigides (rationalisation, intellectualisation, investissement du monde externe (considérations factuelles, spatiales, organisationnelles)) dominant le discours dans une mise à distance des représentations et des affects d'angoisse et de culpabilité. Cette dernière apparaît massive au regard des

représentations de « bonne mère » de Théodora. Elle a ainsi le sentiment de n'avoir pas suffisamment pris soin ni protégé son fils. Cela représente une atteinte narcissique dans son rôle de « bonne mère », très investi par ailleurs, atteinte renforcée par un sentiment d'impuissance en étant obligée de s'en remettre aux professionnels du médical qui se sont occupés de son enfant.

Les problèmes de santé de son fils ont également alimenté une angoisse mortifère et de perte massive chez Eléonore qui ont entraîné la nécessité d'être présente pour (sur)veiller son bébé.

1.4.3. *Angoisse de séparation*

Le fils d'Eléonore a manifesté des troubles du sommeil et des manifestations d'angoisse face à la séparation. Ceux-ci pourraient faire écho à la fois à celle d'Eléonore autant qu'aux vœux de mort inconscients. Le fait que son bébé vive difficilement la séparation est venu la remettre en question dans ses capacités maternelles, représentant une attaque narcissique. Cela alimente également des représentations négatives à l'égard de son fils dans la mesure où son choix de se centrer sur lui les huit premiers mois de vie, sous le poids d'un Surmoi exacerbé, n'a pas eu l'effet escompté : que la séparation se passe sans encombre et que son fils soit moins dépendant d'elle. Cela est source de représentations d'autant plus négatives que se contraindre à rester auprès de son bébé entraînait un sentiment d'aliénation dans un conflit identificatoire massif. Nous en reparlerons par la suite.

En ce qui concerne Théodora, les problèmes de santé de son fils et surtout le temps d'hospitalisation ont été source d'une angoisse de séparation, liée probablement à des angoisses mortifères sous-jacentes. L'angoisse apparaît néanmoins gérée de façon adaptée par les modalités défensives, sans hyper protection ou hyper vigilance. L'ouverture du bébé vers les autres membres de la famille autant que les premières séparations (notamment le choix de le mettre en garderie dès ses quatre mois) sont par la suite source d'ambivalence pour Théodora entre investissement positif de son autonomisation et désir de rester la figure « privilégiée » dans une relation fusionnelle.

1.4.4. *Investissement et représentations positifs de l'enfant et de son développement*

Leurs fils sont tous deux représentés comme des êtres individualisés avec leur propre altérité et leurs propres désirs et pensées. Théodora lui attribue un caractère propre, en le différenciant de ses frères et sœurs, ainsi que des idées. Elle interprète ses comportements comme révélateur potentiel de son futur caractère. L'accent est porté, pour Eléonore, sur la

rencontre d'un petit autre à accompagner dans son développement dans une adaptation à ses particularités et ses différences. Les interactions réciproques alimentent une représentation positive d'elle-même en tant que mère et de son bébé, assurant une gratification narcissique qui permet de contre-investir les investissements narcissiques-phalliques que la maternité vient mettre à mal (idéaux professionnels, idéaux d'indépendance, corps déformé).

Le développement psychomoteur est très positivement investi par Eléonore et Théodora. Elles prennent beaucoup de plaisir à voir leurs fils évoluer, à découvrir, à être curieux. L'autonomisation de son fils pourrait être d'autant plus perçue positivement par Eléonore que cela traduit la fin de la relation fusionnelle, de dépendance totale, menaçante pour elle. L'autonomisation de son fils, bien qu'investie très positivement par Théodora, serait en revanche source d'ambivalence dans la mesure où cela signe la fin de la relation fusionnelle.

Théodora attribue des qualificatifs positifs à son fils malgré des représentations ambivalentes avec des représentations plus négatives relatives à son « *caractère bien trempé* ». Elle se questionne d'ailleurs sur ce que les parents induisent du caractère de leurs enfants.

En revanche, les comportements d'opposition et de refus de son fils semblent induire des mouvements agressifs et d'emprise de la part d'Eléonore. Elle a ainsi le besoin de « bien faire » et, au-delà, de ne pas faire d'erreur et d'être toujours « parfaite ». Son statut de mère n'est pas alors complètement valorisant puisqu'elle ne correspond pas à une mère « modèle » selon ses propres critères puisqu'en incapacité de « gérer » son enfant « *insupportable* ». Cela est d'ailleurs accentué lorsqu'elle est face au regard des autres avec une peur du jugement prédominante dans une projection de ses propres représentations négatives de mère. Tout cela peut concourir à des représentations en partie négatives à l'égard de son fils, refoulées. Cela renvoie à un Surmoi particulièrement à l'œuvre chez cette jeune femme. Par ailleurs, la difficulté à supporter la pulsionnalité agressive de son fils, le besoin de contrôle sur lui et la difficulté à supporter son opposition renverraient à une assimilation/identification inconsciente de son fils à son grand-père maternel agresseur (Apers, 2009 ; Chabert & Chauvin, 2005 ; Rouyer, 1995 ; Shabanova Vandelet & al., 2015). L'on peut penser que les mouvements oppositionnels de son fils s'inscrivent également en contre-pied des désirs de maîtrise d'Eléonore d'autant qu'il apparaît l'objet d'attentes et de représentations maternelles inconscientes « importantes ».

Eléonore se questionne également sur le positionnement à adopter face aux comportements de son fils entre désir qu'il puisse s'exprimer, respect des interdits et adaptation à la société et à ses normes (Surmoi). Cela soulève également la question de la peur d'un rejet de sa part et/ou la peur que lui-même se sente rejeté ou « mal-aimé » par sa mère. Les limites,

les interdictions, les frustrations pourraient être vécues par Eléonore comme un risque de traumatisme, de rejet, d'abandon.

1.5.Représentations en tant que mère

1.5.1. Remise en jeu et élaboration des problématiques infantiles au fil des grossesses

Lorsque Théodora évoque son rôle de mère, deux éléments dominant : l'importance d'être à l'écoute de ses enfants et de leurs besoins, et l'importance de partager son temps et son attention de façon équitable entre tous ses enfants. Cela fait écho à son propre vécu ainsi qu'à la rivalité fraternelle souvent remise en jeu lors de la deuxième grossesse et des suivantes (Riazuelo, 2004). Cela est source de beaucoup de culpabilité que l'on retrouvait déjà dans le fait de ne pas pouvoir s'investir autant dans cette dernière grossesse que dans les précédentes du fait du contexte quotidien : deux grands enfants et un enfant en bas âge dont il faut s'occuper. Il s'agit également pour elle de les aider à « *trouver [leur] place* ». Cela renvoie également à ses propres problématiques infantiles exacerbées avec cette nouvelle maternité.

Théodora s'appuie également sur son expérience avec ses aînés pour adapter ses comportements avec le plus jeune et semble aborder les choses avec sérénité. Cela se repère notamment à sa capacité à laisser dormir le bébé seul, à le laisser pleurer et à se séparer, ce qui était, semble-t-il, extrêmement difficile avec ses aînés. Les premiers temps du développement psychoaffectif de ses aînés sont sans doute venus réactualiser certains vécus infantiles de séparation et d'abandon d'où la difficulté à les laisser pleurer, seuls dans leur lit. L'on peut ainsi penser que certaines problématiques ont pu s'élaborer au fil des grossesses.

1.5.2. Conflit identificatoire et sentiment de culpabilité

Chaque naissance vient remettre en jeu chez Théodora des questionnements autour de la reprise du travail en même temps que se manifeste le désir d'un nouvel enfant. Théodora évoque ainsi une certaine nostalgie après la naissance de chaque enfant. Le fait d'être enceinte la renvoie à la complétude phallique-narcissique de la fusion mère-enfant qui réactive celle également vécue, perdue et donc recherchée, avec sa propre mère. Le désir d'enfant apparaît dès que le petit dernier s'autonomise. Ces désirs d'enfant et/ou de réinvestissement de la vie professionnelle remettent la problématique phallique au premier plan chez Théodora. En effet, en lien avec la rivalité œdipienne que l'on a pu noter autour de la maternité et de la vie professionnelle, l'enfant en elle peut représenter le pénis désiré. Chaque naissance représente donc une « castration » qui vient réactiver le désir de complétude narcissique-phallique. Elle remet également en jeu le désir de l'enfant idéal qui n'existe que dans le manque. Les enfants

et son rôle de mère viennent ainsi « combler » quelque chose, un manque. Le nouvel enfant vient cependant remettre en cause ses idéaux professionnels et son idéal d'indépendance. L'on repère ainsi un conflit entre identification féminine maternelle et identification phallique, teinté d'ambivalence.

Une vie professionnelle investie et épanouie apparaît contradictoire avec un rôle de mère pleinement investi pour Théodora. Cette ambivalence à l'égard du réinvestissement de sa vie professionnelle est accentuée par un désir de rester avec son fils jusqu'à son entrée à l'école qui pourrait à la fois être liée à une angoisse de séparation et aux représentations surmoïques du rôle de « bonne mère ». Son désir d'exister autrement qu'uniquement en tant que mère et de regagner une certaine autonomie, en même temps que son fils, est source de culpabilité puisqu'elle serait alors moins disponible pour ses enfants. Par ailleurs, être mère est source de valorisation narcissique dans la mesure où elle a le sentiment d'être utile, d'avoir une place et d'être nécessaire puisque ses enfants dépendent d'elle.

Le conflit identificatoire et la culpabilité sont également massivement en jeu chez Eléonore, autant pendant la grossesse qu'après la naissance. Le fait d'être mère vient ainsi contrarier ses identifications masculines. Cela concerne notamment sa vie professionnelle, extrêmement investie, notamment par la reconnaissance sociale qu'elle implique, et s'articule également à ses composantes surmoïques très virulentes. Ainsi, Eléonore est en proie à un conflit psychique. Elle a choisi de se centrer exclusivement sur son fils pendant ses premiers mois de vie du bébé au point de ne plus exister autrement que pour lui. Cette centration pourrait être alimentée par la haine maternelle contre-investie mais aussi par ses représentations de ce qu'est une « bonne mère » à ses yeux par identification à sa propre mère, « sacrifiée » à ses enfants. Cela n'a cependant pu que favoriser les mouvements et fantasmes agressifs à l'égard de son fils. En effet, la relation fusionnelle pourrait s'avérer menaçante en lien avec le trauma des attouchements avec la crainte d'un rapproché trop érotisé et à la difficulté de passiver son fils autant que d'être passivée par lui, que nous avons déjà souligné. Le surinvestissement de l'intellect et les identifications phalliques très investies s'entendent d'ailleurs, en partie, comme refus du féminin traumatique (Cournut-Janin, 1998 ; Faure-Pragier, 1999 ; Schaeffer, 1997). L'on note également la crainte d'une dépendance réciproque dans les relations mère-fils qui fait écho à la relation avec sa propre mère. Le réinvestissement d'autres domaines de sa vie que son rôle de mère alimente par la suite une culpabilité exacerbée du fait de ne pas correspondre à ses représentations de « bonne mère » qui n'aurait pas le droit de prendre du plaisir sans son enfant. Elle projette massivement cette culpabilité surmoïque sur l'extérieur. Le regard des autres apparaît ainsi extrêmement important pour elle. Elle « compense » alors son absence auprès de

son fils lorsqu'elle est au travail dans une forme d'obligation et d'aliénation. Cela ne peut qu'accentuer le conflit entre identifications phalliques-narcissiques et identifications féminines maternelles et accentuer alors les pulsions agressives à l'égard de son fils.

1.6. Père du bébé

1.6.1. Relation de couple au sein du couple avant la grossesse

Nous n'avons pas d'informations concernant la relation de couple de Théodora avant la grossesse. Celle-ci apparaissait déjà marquée par la parentalité dans la mesure où elle avait déjà ses deux aînés à charge et que le premier enfant du couple est arrivé rapidement par la suite. Théodora souligne néanmoins des temps d'intimité nécessaires pour « *se retrouver à deux* ».

Le conjoint d'Eléonore semble avoir occupé une position tierce entre cette dernière et sa mère permettant une certaine prise de distance. Nous nous posons la question d'un déplacement d'une relation de dépendance de sa mère à son conjoint. Par ailleurs, le désir d'enfant et de maternité occupaient une place très importante au sein du couple ayant conduit à la rupture dans la mesure où son conjoint n'était pas prêt à être père au moment où elle souhaitait devenir mère. La parentalité ne serait-elle alors pas surinvestie au détriment de la conjugalité et de la relation érotique trop dangereuse (Smadja, 2011) ? Cela pourrait être mis en lien avec les antécédents traumatiques des attouchements et au refus du féminin. Néanmoins, Eléonore semble avoir pu investir une vie conjugale où son conjoint n'est pas confondu avec son abuseur, signant une certaine élaboration du traumatisme initial.

1.6.2. Investissement du futur père pendant la grossesse

Le conjoint de Théodora est décrit comme plus attentif et plus prévenant envers elle pour cette grossesse mais semble ne pas l'être suffisamment aux yeux de Théodora, notamment en ce qui concerne le soutien et le relais dans la gestion du quotidien. Il s'investit néanmoins dans la grossesse dans un désir de partage autour du bébé et de création d'une relation avec ce dernier.

Le conjoint d'Eléonore apparaît en revanche très investi dans la grossesse. Eléonore insiste sur l'inscription de cette dernière dans la dynamique du couple et intègre son conjoint à la fois dans son discours et dans le quotidien de la grossesse. Les temps de partage « à trois » sont ainsi mis en avant par Eléonore, de même que la construction d'une relation anténatale entre le bébé et son conjoint.

1.6.3. Investissement du père auprès du bébé après la naissance

Au domicile, le conjoint de Théodora partage les temps de jeux et de complicité avec le bébé mais l'aide pour le quotidien reste quasi-nulle. Cela est source de représentations négatives, de déception et d'une certaine agressivité, toujours mises à distance.

Le conjoint d'Eléonore apparaît en revanche très investi auprès du bébé, tant dans les soins quotidiens que dans le jeu. Il apparaît ainsi être un réel soutien pour elle autant qu'un relais, au quotidien et dans son rôle de mère. Il semble également occuper à la fois une position contenante et une position tierce au sein de la relation mère-enfant.

1.6.4. Evolution du couple après la naissance de l'enfant

Nous n'avons que peu d'informations concernant l'évolution du couple de Théodora après la naissance de leur dernier enfant. Celui-ci était déjà centré sur la parentalité, notamment du côté de Théodora, très investie dans son rôle de mère et toujours en conflit avec ses identifications masculines mais également féminines. Elle évoque son besoin et son désir de retrouver une existence autrement qu'en étant uniquement mère, notamment son rôle de « *compagne* », autrement dit d'amante, et de réinvestir le féminin qui, semble-t-il, lui permet de se sentir à nouveau femme.

L'arrivée de leur fils est en revanche venue modifier les relations du couple d'Eléonore. En effet, les composantes surmoïques qui imprègnent sa représentation du rôle de (« bonne ») mère lui imposent de « compenser » son absence en se centrant exclusivement sur son fils dès qu'elle en a la possibilité. Cela découle également la culpabilité associée du fait du réinvestissement d'autres pans de sa vie et notamment de son travail. Cela semble néanmoins entraîner quelque chose de l'ordre d'une « overdose » de l'autre qui vient presque menacer son narcissisme. Cela nous renvoie à l'empiétement psychique qui s'articule avec son besoin exacerbé de maîtrise et la nécessité d'un temps seule pour pouvoir se récupérer. Les temps à deux, d'intimité du couple sont alors abandonnés au profit d'un temps pour elle de « récupération » psychique. Ses investissements et identifications narcissiques-phalliques se retrouvent ainsi en conflit avec ses identifications et investissements maternels (parentalité) au détriment de ses investissements féminins érotiques.

B. MISE A L'EPREUVE DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

1. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESES 1

Hypothèse 1 : Chez la femme toxicomane, la construction d'un espace psychique maternel contenant et l'instauration de schèmes différenciés avec le bébé durant la grossesse, sont des facteurs de « protection » quant à l'investissement de l'enfant de la réalité en tant que sujet différencié, reconnu dans son altérité et dans ses besoins propres.

L'ensemble des femmes, qu'elles soient toxicomanes ou non, montre des capacités d'intégration progressive des changements corporels et psychiques et des mouvements pulsionnels induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi. Cela souligne la valeur transformatrice potentielle de cette période spécifique qui vient questionner et réactualiser les relations à l'imaginaire maternelle, les relations précoces, le processus de séparation-individuation ou encore le conflit narcissico-objectal. Ceux-ci pouvant ainsi trouver une voie potentielle d'élaboration (partielle tout du moins). L'intégration des remaniements somatopsychiques et notamment des mouvements fœtaux favorise par ailleurs, chez toutes les futures mères (toxicomanes ou non), la construction de représentations à l'égard du fœtus ainsi pensé et anticipé comme un être d'altérité avec des caractéristiques propres. Des attentes fortes d'un bébé « réparateur », venant combler leurs attentes et leurs blessures narcissiques, objet contra-dépressif ou comme « réparation » offerte à la famille perdurent cependant chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO (Nezelof & Dodane, 2010 ; Romieu-Pratt, 1991 ; Simmat-Durand, 2002). Il est également pensé, par l'ensemble de ces dernières, comme un soutien face à la drogue, un « pare-droge » (CPLT, 1999 ; Franchitto & al., 2010 ; Rosenblum, 2004, 2006, 2009a & b). Les mouvements fœtaux représentent également un support privilégié de relation avec le fœtus auquel les futures mères prêtent une intentionnalité. La constitution d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé reconnu comme un être d'altérité apparaît néanmoins plus tardive pour deux des femmes (Anaïs et Juliette). Nous en discuterons plus avant par la suite (mise à l'épreuve de l'hypothèse 2).

Nous partageons ainsi les observations de Cohen-Salmon et al. (2011) d'une grossesse susceptible de modifier la dépendance, de mobiliser l'investissement libidinal et objectal au détriment de la centration addictive chez la femme toxicomane et/ou sous TSO. Nous sommes également en accord avec les propositions de Rouveau (2013) qui souligne que les possibilités

de changement, pour ces dernières, reposeraient en partie sur la possibilité du sujet d'investir l'espace-temps de la grossesse, celui-ci jouant un rôle médiateur, chargé de rendre tolérable les transformations psychiques et corporelles, et que la capacité d'investir la grossesse influencerait la capacité à investir l'enfant dans une relative altérité.

En effet, pour les femmes toxicomanes et/ou sous TSO en capacité d'intégrer progressivement les remaniements somatopsychiques induits par l'état de grossesse et d'élaborer la différenciation de l'autre en soi à travers notamment la construction de représentations d'un autre dont la subjectivité est en partie reconnue (Bérenghère, Carine Sonia et Chloé), l'enfant de la réalité est identifié dans ses besoins propres et progressivement pensé avec son caractère et ses désirs différents de ceux de sa mère et ainsi dans son individualité. L'on repère une dynamique identique chez nos sujets contrôles. La différenciation, l'autonomisation et l'expression de l'individualité de l'enfant, notamment à travers son caractère, les premières demandes intentionnelles ou encore ses oppositions, sont également bien investies par les jeunes mères malgré une certaine ambivalence toujours présente en lien avec le désir de maintenir une relation fusionnelle, ambivalence qui est également repérée chez les femmes non-toxicomanes. Les mères toxicomanes et non toxicomanes font également état de comportements qui rendent compte d'un développement psychomoteur dans la norme. La permanence de l'objet, la construction d'une représentation internalisée de ce dernier ainsi que la découverte progressive de la réalité externe en tant que différenciée semblent ainsi être progressivement intégrées par leur enfant.

Notre première hypothèse apparaît ainsi corroborée.

2. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 2

Hypothèse 2 : Le maintien d'une préoccupation forte pour l'objet-drogue durant la grossesse est un facteur de vulnérabilité quant à l'investissement de l'enfant de la réalité en tant que sujet différencié, reconnu dans son altérité et dans ses besoins propres. Il pourrait alors venir se suppléer à l'objet-drogue dans un investissement narcissique ou bien être désinvesti.

Si l'existence d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé différencié et reconnu dans son altérité apparaît constitué chez toutes les futures mères (Bayle, 2005 ; Missonnier, 2004), ce dernier est apparu plus tardivement pour un certain nombre

d'entre elles, toxicomanes et/ou sous TSO (Anaïs et Juliette), pour qui la grossesse et l'autre en soi apparaissent menaçants dans un premier temps. Cet espace reste par ailleurs envahi par les problématiques maternelles pendant la grossesse chez ces femmes. Il s'agit cependant moins d'une centration sur l'objet-drogue qui perdure, que d'angoisses d'intrusion et/ou de perte accentuées par le poids de trauma cumulatifs qui s'articulent à une difficulté à intégrer et élaborer les mouvements pulsionnels, les reviviscences, les conflits et les remaniements psychiques induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi. Cela peut engendrer une reprise des consommations occasionnelles de toxique (en plus du TSO) comme tentative de défense contre ce qui viendrait mettre à mal l'intégrité et les assises narcissiques, très fragiles, de ces femmes. Le recours au toxique peut également s'opposer au retour d'une temporalité par la grossesse et la présence et le développement d'un autre en soi conduisant normalement à la différenciation et donc à la séparation.

En effet, chez ces femmes (Anaïs et Juliette) dont l'espace psychique maternel reste envahi par de telles problématiques pendant la grossesse, l'on repère une objectalisation de l'enfant en soi plus tardive et moins bien élaborée avec des oscillations entre différenciation et indifférenciation plus importantes que chez les femmes en capacité d'intégrer progressivement les remaniements somatopsychiques induits par l'état de grossesse, moins envahies par leurs propres problématiques et ainsi en capacité d'élaborer la différenciation de l'autre en soi.

Lorsque les problématiques maternelles laissent trop peu de place pour penser l'enfant à naître pendant la grossesse, l'enfant de la réalité est par la suite plus difficilement investi en tant qu'être d'altérité. L'indifférenciation et/ou la relation fusionnelle perdurent, risquant de perturber le développement psychoaffectif de l'enfant non reconnu dans ses besoins propres. Il est tour à tour perçu comme persécuteur par identification aux imagos parentales et au mauvais bébé qu'elles ont été et comme en détresse par identification au bébé « abandonné » qu'elles ont été.

La difficulté à tolérer et à intégrer les transformations psychiques et corporelles induites par l'état de grossesse s'articule ainsi à des troubles de la construction de représentations de l'autre en soi et de la capacité à investir l'enfant comme un être différencié reconnu dans son altérité.

Notre seconde hypothèse n'est donc que partiellement corroborée dans la mesure où aucune des futures mères rencontrées n'a montré de préoccupations fortes pour l'objet-drogue. Il s'agissait plutôt d'un envahissement par les problématiques maternelles, problématiques

ayant probablement conduit au développement d'une problématique de dépendance. Ce serait donc moins l'objet-drogue qui perdurerait que la problématique de dépendance qui peut se déplacer sur l'enfant, le conjoint voire sur d'autres formes d'addiction (nourriture).

3. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 3

Hypothèse 3 : La maternité ouvre à de fortes potentialités d'élaboration des problématiques œdipiennes et préœdipiennes et de réorganisation psychique de la femme. Celles-ci opèrent dès la grossesse et se poursuivent dans les premiers temps de vie de l'enfant favorisant un processus de maternalité « bien tempéré » chez les mères toxicomanes et/ou sous TSO. Les conflits non élaborés pendant la grossesse peuvent cependant se prolonger avec les problématiques inconscientes maternelles qui s'expriment notamment au travers des troubles des conduites instinctuelles de l'enfant et des perturbations des interactions précoces. Néanmoins, nous faisons l'hypothèse que les processus en jeu s'articulent avec la problématique de dépendance mais ne sont pas spécifiques aux femmes addictes et peuvent ainsi se repérer chez d'autres jeunes mères non toxicomanes.

Nous avons souligné précédemment (mise à l'épreuve de l'hypothèse 2) le fait que, pendant la grossesse, l'espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé reconnu comme un être d'altérité reste envahi, pour une partie des femmes toxicomanes et/ou sous TSO (Anaïs et Juliette), par leurs propres problématiques. Il s'agit notamment d'angoisses d'intrusion et/ou de perte accentuées par le poids de trauma cumulatifs qui s'articulent à une reprise de consommations occasionnelles de toxique, en plus du TSO, chez ces mêmes femmes. L'on repère, plutôt qu'une reprise des consommations, un surinvestissement de l'activité et du monde externe, avec un besoin de contrôle et de maîtrise majoré chez d'autres femmes consommatrices d'opiacés (Sonia et Chloé), signalant également une défense contre les remaniements somatopsychiques, les mouvements pulsionnels et le retour d'une temporalité induits par la grossesse. Cette difficulté s'articule également avec la difficile confrontation au vécu de passivité qui pourrait alors renvoyer à la passivation pour ces femmes. L'espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé reconnu comme un être d'altérité apparaît cependant mieux élaboré que pour les femmes ayant poursuivi les consommations pendant la grossesse. Cet espace psychique maternel peut également être

occupé par des angoisses mortifères liées au recours au TSO pendant la grossesse et/ou ayant trait au risque d'un syndrome de sevrage néonatal à la naissance (Béregère et Carine). La culpabilité associée est alors massive et peut s'avérer également envahissante. Nous reviendrons plus précisément sur cette question dans la mise à l'épreuve de notre quatrième hypothèse.

Lorsque les problématiques maternelles laissent trop peu de place pour penser l'enfant à naître pendant la grossesse, celles-ci perdurent d'autant plus massivement après la naissance (Anaïs et Juliette). Elles trouvent ainsi à s'exprimer dans les représentations maternelles concernant l'enfant et/ou les relations précoces mais aussi dans les troubles des conduites du bébé. Cela signifie la non-élaboration de problématiques maternelles « matérialisées » (Cramer & Palacio, 1993) dans les (troubles des) conduites de l'enfant et ainsi dans les troubles des interactions précoces. « C'est comme si le corps de l'enfant devenait lieu d'expression plastique des conflits inconscients de la mère. » (Kreisler & Cramer, 1985/2004a : 1940). L'identification au bébé, favorisée par la régression, renvoie les jeunes mères à leurs propres difficultés infantiles et à leurs besoins inassouvis. L'enfant est, dans ce cas, plus difficilement investi comme un être d'altérité comme nous l'avons souligné dans la mise à l'épreuve de notre seconde hypothèse.

Les angoisses de fusion, d'intrusion et/ou de séparation se repèrent cependant chez toutes les jeunes mères consommatrices de drogues ou sous TSO, traduisant ainsi la régression induite par l'identification au bébé en développement et la réactualisation des processus et conflits qui remontent aux relations précoces avec leur propre mère. L'allaitement au sein vient notamment cristalliser la réactualisation de fantasmes oraux archaïques de dévoration et d'intrusion. Ces angoisses et fantasmes apparaissent néanmoins moins envahissants et moins désorganisant chez les femmes en capacité d'intégrer progressivement les remaniements somatopsychiques et de penser et d'anticiper l'enfant comme un être d'altérité pendant la grossesse (Béregère, Carine, Sonia et Chloé). Ils n'empêchent ainsi pas de tendre vers le passage d'un investissement narcissique à un investissement objectalisé de l'enfant, dans une reconnaissance de ses besoins, désirs et caractéristiques propres. Cela laisse entendre une certaine élaboration du conflit narcissico-objectal et de la problématique de séparation, déjà à l'œuvre pendant la grossesse, en même temps que le bébé expérimente lui-même les débuts du processus de séparation-individuation. Néanmoins, l'on ne peut que souligner la reprise des consommations (essentiellement chez les femmes qui consommaient toujours de l'héroïne en

plus du TSO avant la grossesse : Anaïs, Juliette et Sonia), des envies de produit (Carine et Chloé) et/ou des surconsommations ou une augmentation du TSO (essentiellement chez les femmes qui n'avaient recours qu'au TSO avant la grossesse : Bérengère et Chloé). Le début d'autonomisation et d'individuation de l'enfant, signant la fin de la relation fusionnelle, pourrait être l'un des facteurs explicatifs de ces comportements. Cela s'articule également à une difficile confrontation à la régression et à la passivité pour certaines femmes dans la relation au bébé (Sonia) ou encore à un sentiment de culpabilité et à des représentations dévalorisées d'elles en tant que mère face à leur Surmoi persécuteur (Bérengère et Carine). Enfin, cela a également trait aux conflits conjugaux et/ou à l'absence du conjoint en tant que soutien auprès du bébé et dans leur nouveau rôle de mère (Chloé). L'attente déçue de changements positifs en lien avec la naissance de cet enfant peut également avoir favorisé cette reprise des consommations et/ou ces envies.

Les angoisses relatives aux effets à longs termes du syndrome de sevrage néonatal sur le développement de l'enfant et l'intense culpabilité associée, transparaissent également dans les représentations des mères à l'égard de leur enfant et/ou de la qualité des relations précoces (Carine et Bérengère dans une moindre mesure). Nous reviendrons également sur cette question lorsque nous discuterons de la quatrième hypothèse.

Les angoisses ayant trait à l'intrusion et surtout à la séparation ainsi que la difficile confrontation à la passivité se repèrent également chez les femmes non-toxicomanes. Elles apparaissent par ailleurs accentuées dans le cas d'antécédents traumatiques d'attouchements qui se trouvent réactualisées, moins pendant la grossesse que lors de l'accouchement et dans la relation à l'enfant de sexe masculin. Nous pouvons cependant souligner l'accent porté sur la rivalité avec la figure maternelle chez les deux femmes non-toxicomanes, autant pendant la grossesse que pendant la première année de vie de leur enfant. Ce conflit psychique est ainsi au premier plan, associé à des problématiques plus archaïques ayant trait à l'autonomie-dépendance face à la figure maternelle (au second plan). La rivalité face à la figure maternelle n'apparaît quasiment pas chez les femmes enceintes et mères toxicomanes et/ou sous TSO. Ce qui laisserait penser que celle-ci est trop massive, ou plus probablement, que la problématique de perte est telle qu'elle ne laisse aucune place à l'expression de cette rivalité. Impossibilité de surmonter la menace de perte d'amour de l'objet trop liée à la menace de perte de l'objet. La rivalité se trouve alors intensément contre-investie marquant une grande difficulté voire une impossibilité à se situer authentiquement dans une triangulation œdipienne.

Notre hypothèse apparaît ainsi corroborée. La grossesse et la maternité ouvrent effectivement à des possibilités de réorganisation psychique notamment à travers l'élaboration, partielle et progressive, de certaines problématiques (séparation-individuation, conflit narcissico-objectal, ...) qui s'articulent à celle de la toxicomanie. Cela n'empêche pas que certaines angoisses et/ou problématiques maternelles (fusion, intrusion, séparation, dépendance) perdurent et puissent s'exprimer dans les relations à l'enfant, sans que cela ne vienne pour autant les envahir et mettre à mal un processus de maternité « bien tempéré » avec notamment l'investissement de l'enfant reconnu dans son altérité. De telles problématiques se retrouvent d'ailleurs chez les futures et jeunes mères sans problématiques addictives et/ou psychiatriques avérées. Néanmoins, chez ces dernières, la reviviscence des problématiques archaïques et parfois traumatiques (attouchements sexuels) s'articulent à la réactualisation de problématiques œdipiennes et notamment la rivalité avec la figure maternelle qui est très peu, présente voire absente chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO. La question de la perte ne s'avère ainsi pas complètement élaborée pour celles-ci. Cela d'autant que les envies ou le recours au toxique apparaissent au premier plan face aux difficultés rencontrées dans leur rôle de mère et face au développement psychoaffectif de l'enfant qui les renvoient à leurs propres problématiques et à la régression. Par ailleurs, lorsque les problématiques maternelles et les conflits archaïques ne peuvent trouver de voie d'intégration et d'élaboration (au moins partielle) pendant la grossesse et dans les premiers temps de vie de l'enfant, ces périodes viennent mettre à mal l'intégrité psychique et physique des femmes empêchant du même coup un processus de maternité « harmonieux » permettant d'investir progressivement l'autre en soi puis l'enfant de la réalité en tant qu'être d'altérité avec sa propre subjectivité et ses besoins propres. L'investissement narcissique risque de perdurer.

Ces observations soulignent la nécessité d'un soutien thérapeutique au cours de la grossesse et pendant les premiers mois voire années de vie de l'enfant afin de soutenir les potentialités d'élaboration des problématiques précœdipiennes et de réorganisation psychique de la femme consommatrice de substances psychoactives et/ou sous TSO (mais également, de manière plus globale, chez les femmes ayant subi des traumas dans l'enfance ou l'adolescence) et ainsi favoriser un processus de maternité « bien tempéré » en limitant la reprise des consommations.

4. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 4

Hypothèse 4 : Le syndrome de sevrage néonatal (SSNN) va venir perturber l'investissement du bébé par sa mère et ses représentations à son égard.

La menace du syndrome de sevrage néonatal (SSNN) peut envahir les représentations maternelles pendant la grossesse notamment du fait d'interrogations sur les effets des consommations ou du TSO sur la santé du bébé, son développement physique et psychique futur, son caractère ou encore sur les futures relations mère-enfant. Cela est source d'une culpabilité extrêmement massive et de représentations très dévalorisées d'une partie des futures mères (Béregère et Carine) qui se représentent alors comme source de souffrance potentielle pour leur enfant (lui faire vivre le manque de produit) (Guyon & al., 1998 ; Taylor, 1993).

Cela peut également entraîner une difficulté à se projeter au-delà de la naissance comme défenses contra-dépressives (Benali, 2008) (Sonia).

Par ailleurs, la crainte du SSNN s'articule également, pour l'une d'entre elle (Béregère), à la crainte de perdre son conjoint, objet de dépendance, et qui n'est pas au courant de la problématique addictive de la future mère.

L'accouchement et les premiers jours de vie des bébés de ces mêmes femmes (Béregère et Carine) ont également été envahis par la crainte d'un syndrome de sevrage.

Ainsi, que le bébé ait subi, ou non, un syndrome de sevrage néonatal, il apparaît que des craintes concernant sa santé, son caractère ou la qualité des relations mère-bébé perdurent, toujours associées à un sentiment de culpabilité exacerbé (Taylor, 1993). Celui-ci favorise un besoin de « réparer » par un surinvestissement du bien-être du bébé ou des soins liés à sa santé. Le sentiment de culpabilité et les représentations négatives en tant que mère pourraient avoir participé aux envies de consommer et/ou à l'augmentation du TSO après la naissance.

Cependant, le fait que l'enfant ne présente finalement pas de manque (fils de Béregère) permet de colmater grandement les fantasmes mortifères également démentis par le caractère et le comportement du bébé (Viaux-Savelon et al., 2014), limitant ainsi les risques de perturbations des relations précoces.

En revanche, la survenue du SSNN (fille de Carine) induit une culpabilité très massive de la jeune mère et vient envahir et déformer les représentations maternelles à l'égard du bébé et de leurs relations. Cette culpabilité perdure au moins jusqu'aux douze mois de l'enfant bien que le bébé soit en bonne santé, se développe « normalement » et ne présente aucune problématique particulière. Les représentations de « mauvaise mère » (Guyon & al., 1998), également projetées sur l'extérieur, sont accentuées. Le bébé est par ailleurs peu gratifiant

puisque difficile à calmer, renvoyant une image négative en tant que mère, et source de culpabilité. Les représentations négatives découlent également d'un bébé qui ne répond pas aux attentes dont il est porteur et qui renvoient directement à l'angoisse de perte.

Chez une autre mère (Anaïs) dont le nouveau-né a également souffert d'un syndrome de sevrage néonatal, les angoisses et fantasmes mortifères transparaissent dans les mécanismes de défense archaïques massifs mis en œuvre (dénier, clivage, idéalisation du moi (« bonne mère ») et dans la dévalorisation des objets par projection et identification projective (« mauvaise mère »). Cela permet de mettre à distance tout sentiment d'impuissance, de culpabilité et toutes représentations négatives à son égard, risquant de trop mettre à mal un narcissisme déjà très fragile.

Notre hypothèse se trouve ainsi corroborée : si à l'évidence la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal n'a pas entraîné un désinvestissement du nouveau-né, elle complique sérieusement l'établissement de relations précoces satisfaisantes.

Notons que les mères beaucoup moins envahies par les angoisses, les fantasmes mortifères et la culpabilité pendant la grossesse eu égard à leur TSO et au risque d'un SSNN (Chloé, Sonia et Juliette), n'évoquent plus cette question après la naissance de l'enfant. Cela semble relever du déni dans le cas de Juliette. Par ailleurs, si cela peut s'expliquer, pour Chloé et Sonia, par le fait que leur nouveau-né n'a, de fait, pas souffert de manque, on peut néanmoins se demander s'il n'existerait pas une composante psychosomatique maternelle au SSNN (plus il ferait l'objet d'anticipation anxieuse de la mère, plus le risque d'un SSNN serait élevé) ?

Cette idée se trouve renforcée par le fait que les mères les plus en proie à ces angoisses, fantasmes, représentations négatives et à la culpabilité sont celles qui présentent déjà un sentiment de culpabilité et un désir de réparation exacerbés à l'égard des objets d'amour et de dépendance (conjoint, parents). Les phénomènes psychiques - et psychosomatiques - liés au SSNN seraient ainsi d'autant plus prévalents qu'ils s'articulent à un sentiment de culpabilité mortifère préexistant.

Plus globalement, les problèmes de santé des nouveau-nés, qu'ils soient liés ou non au SSNN, et à l'hospitalisation en néonatalogie sont sources d'affects massifs de culpabilité, d'impuissance et de détresse de la part des jeunes mères toxicomanes et/ou sous TSO (Anaïs, Carine, Chloé et Sonia) que ce soit pour leur avoir fait « subir » l'état de manque dans le cas d'un SSNN et/ou du fait de leur sentiment d'avoir été/d'être incapable de protéger et de soulager

leur bébé souffrant et douloureux. Les femmes non toxicomanes font également état de ce vécu (Théodora). Cela alimente des représentations négatives en tant que mère, parfois projetées sur l'extérieur (Chloé).

En outre, la séparation à la naissance, entraîne, chez les femmes consommatrices d'opiacés comme pour toute mère, des craintes à l'égard de l'instauration des liens mère-enfant.

Les problèmes de santé du bébé induisent également des atteintes narcissiques chez toutes les mères concernées (Anaïs, Carine, Chloé, Sonia et Théodora) mais majorées chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO. Elles peuvent parfois, chez ces dernières, venir perturber l'investissement de l'enfant et les interactions mère-enfant, faisant retour à la moindre perturbation du développement de l'enfant (Carine et Chloé).

Enfin, la confrontation à la passivité induite par l'hospitalisation prolongée du bébé semble également avoir été beaucoup plus difficilement vécue par les deux femmes (Chloé et Sonia) dont nous avons déjà noté la difficulté à supporter la passivité au quotidien et pendant la grossesse, avec un investissement massif de l'activité et une difficile confrontation à l'ennui et à la solitude. Le fait de s'en remettre aux soignants pour la prise en charge de leur enfant les remet en question dans leurs capacités à en prendre soin. La surveillance médicale et la « soumission » à l'autorité médicale les renvoient au vécu de dépendance primaire et à un sentiment d'aliénation aux objets externes, accentué par la régression que l'hospitalisation du nouveau-né implique. Les professionnels sont alors identifiés à l'imgo maternelle persécutrice. Les jeunes mères n'ont, semble-t-il, cependant pas été moins disponibles et investies auprès de leur bébé.

A l'inverse, le séjour prolongé à la maternité a au contraire pu être vécu plutôt positivement pour l'une des mères (Anaïs) puisqu'il représente un temps d'étayage et de contenance par les professionnels. Néanmoins, le fait qu'il se prolonge dans le temps a alimenté des angoisses concernant la sortie et notamment la capacité à s'occuper seule de son bébé.

5. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 5

Hypothèse 5 : Le père de l'enfant peut soutenir ou au contraire fragiliser le processus du devenir mère.

Sans pouvoir véritablement explorer le devenir père et la place du père au sein de la dyade mère-bébé, auprès de la mère et auprès du bébé, puisque nous avons pour seules données le discours maternel, nous pouvons souligner le fait que la relation conjugale a effectivement un impact sur l'initiation, le maintien, le développement de problèmes liés à l'usage de

substances et l'arrêt des consommations (ou le passage au TSO) (Epstein & McCrady, 2002 ; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003, cités dans Barrault, 2013 ; Esquivel, 1994 ; Lex, 1995 cité dans Barrault, 2013).

La poursuite des consommations par leur conjoint pendant la grossesse et/ou après la naissance de l'enfant (Juliette et Carine) alimente l'ambivalence entre désir de consommer (Esquivel, 1994) et lutte contre ce désir, pour le bien-être du fœtus/bébé et dans une plus grande responsabilisation du fait de leur nouveau statut. Cela alimente des conflits conjugaux et questionne les femmes sur la pérennité de leur couple (Guéguen & al., 2016) plus que sur leurs compétences en tant que mère.

En revanche, le sentiment d'être délaissée, abandonnée par leur conjoint et le désinvestissement paternel favorisent pour certaines (Juliette et Chloé) des envies de produits (Epstein & McCrady, 2002 ; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003, cités dans Barrault, 2013 ; Esquivel, 1994). Cela favorise également le maintien d'une relation fusionnelle plus qu'un désinvestissement de l'enfant.

Notre hypothèse semble donc corroborée. Cependant, certains pères sont investis et impliqués auprès de leur enfant autant dans le jeu que dans les soins. Ils occupent également un rôle de soutien et d'étayage auprès de leur compagne toxicomane et/ou sous TSO dans leur rôle de mère, ainsi qu'une fonction de réassurance et de pare-angoisse importante à leur égard. Enfin, ils représentent un tiers qui favorise la séparation et vient temporiser et contenir la relation mère-bébé. Tous ces éléments positifs viennent néanmoins péjorer la relation mère-enfant pour certaines femmes. Celles-ci développent des représentations plus négatives de leurs compétences maternelles face à un conjoint qui s'épanouit et semble à l'aise dans son nouveau rôle de père alors qu'elles-mêmes sont en proie à des conflits et des difficultés dans la relation avec leur enfant. Les jeunes mères concernées (Sonia, Anaïs) ont d'ailleurs consommé de nouveau des produits après la naissance.

Ainsi, nous devons nuancer notre hypothèse et souligner le fait que l'investissement du conjoint dans sa paternité et comme soutien et tiers auprès de sa compagne n'est pas garant d'un arrêt des consommations (en plus du TSO). La dynamique s'avère plus complexe et semble dépendre de la manière dont l'investissement paternel est vécu par la mère : si elle se sent délaissée au profit de l'enfant et/ou en rivalité dans la fonction parentale et le maternage, l'investissement paternel s'avère contreproductif.

6. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE 6

Hypothèse 6 : Les épreuves projectives vont permettre de mettre en évidence des éléments spécifiques à la problématique addictive.

L'ensemble des protocoles des tests projectifs sont marqués par l'inhibition avec peu de réponses, par ailleurs courtes, au Rorschach comme au TAT. Cela corrobore les observations de Moralès (1986) et de Sinanian (2016).

L'on repère chez presque toutes les femmes (sauf Carine) un recours excessif à la formalisation. Le monde extérieur et le percept apparaissent ainsi nettement surinvestis au détriment de la vie fantasmatique et de la sensibilité affective ainsi étouffées. La répression des affects, notée par Sinanian (2016), rend compte d'un processus défensif narcissique contre le surgissement des motions pulsionnelles libidinales et agressives qui s'avère cependant inefficace sous le poids des projections et fantasmes désorganisant pour une partie des femmes (Anaïs, Sonia, Chloé). La porosité des limites entre monde interne et monde externe est ainsi prégnante. Le vacillement des limites était ainsi souligné par Sinanian (2016) de même que l'émergence désorganisant des processus primaires.

Le recours excessif à la formalisation chez les autres femmes met également en évidence la problématique des limites qui apparaissent ainsi contre-investies. L'excès de formalisation traduit ainsi un surinvestissement des barrières entre dedans et dehors, la recherche de frontières par la mise en place de formes contenant. Cela rend compte de la soumission passive et ainsi de la dépendance massive à l'environnement et aux objets externes chez ces sujets, signant les carences ou les défauts d'intériorisation. Les objets internes sont insuffisamment stables et menacés en permanence de disparition.

Le défaut d'intériorisation de l'objet, impliquant un accrochage et une dépendance à la réalité externe, s'observe également à travers l'émergence de représentations agressives et/ou persécutrices. Cela est particulièrement visible dans le traitement de la planche I où la haine, par projection du mauvais objet à l'extérieur, représente une tentative de lutte contre la menace d'envahissement et de confusion avec l'objet dans un mouvement de tentative de séparation et de différenciation.

Les émergences sensorielles aux planches rouges et pastelles, qui renvoient plus à une sensibilité immédiate effrante et excitante (planches rouges) (Anaïs, Sonia) en termes de plaisir/déplaisir (planches pastels) (Anaïs, Juliette, Bérengère, Carine, Sonia) qu'à des représentations refoulées, rendent également compte des problèmes de contenance psychique.

Dans un fonctionnement plus narcissique, la sensibilité à la couleur rouge apparaît complètement abrasée (Béregère, Juliette) dans une négation de l'impact pulsionnel et de ses représentants symboliques.

Malgré la possibilité d'identification de personnages humains en relations pour la majorité des femmes (excepté Anaïs), il s'agit, pour la plupart, de relations en miroir, marquées par la specularité et soulignant une identification narcissique. Ce type de relations était notamment souligné par Ravit (2006). Il implique l'évitement, la négation de la différence et le caractère identique (et non semblable) des représentations humaines. La relation et l'existence même de l'objet apparaissent dès lors menaçantes, probablement par la dépendance et/ou les fantasmes d'envahissement et de confusion qu'elles éveillent. L'évitement de l'investissement objectal traduit également l'angoisse de perte. Par ailleurs, cela rend compte de l'évitement massif du conflit (pulsionnel, désir-défense) et de tout mouvement pulsionnel (Béregère, Chloé, Juliette) (Sinanian, 2016). Ravit (2006) soulignait ainsi l'utilisation massive des procédés d'évitement du conflit ainsi que des récits marqués par une pauvreté fantasmatique ou imaginative traduisant la précarité du monde interne. Sinanian (2016) relevait également l'inhibition intellectuelle et de la conflictualité psychique. La vie pulsionnelle est perçue comme dangereuse et menaçante, l'introjection pulsionnelle est peu efficace (ibid.).

Néanmoins, seul un protocole (Anaïs) est marqué par l'absence totale de kinesthésie. Cela souligne la pénurie fantasmatique, l'impossibilité de se situer dans une aire de fonctionnement transitionnelle et accroît la dépendance à l'environnement externe. La présence de kinesthésies dans les autres protocoles rend compte de potentialités représentationnelles et de capacités d'intériorisation minimales mais présentes. Cela implique un mouvement entre monde interne et monde externe à vocation de communication (Béregère, Chloé, Juliette, Carine, Sonia), autrement dit la potentialité de fonctionner dans l'aire transitionnelle. Par ailleurs, l'on repère la possibilité d'intégrer et de manier des mouvements pulsionnels libidinaux et/ou agressifs au sein des représentations de relation chez deux des femmes (Sonia et Carine), ce qui souligne des capacités d'élaboration. Sinanian (2016) soulignait également, chez ses sujets, des capacités de symbolisation et de secondarisation transitoires malgré la dominance accordée au défaut de mentalisation. Le recours au comportement et à l'agir pourrait alors bien représenter une tentative de figuration des scénarios fantasmatiques (Roussillon, 2008).

Le conflit narcissico-objectal est mis en évidence par la dépendance massive aux objets externes et par l'identification narcissique et l'évitement de la relation et du conflit. Il s'articule à la problématique dépressive visible chez l'ensemble des sujets par la sensibilité aux couleurs

achromatiques et la séparation (planche X) notamment, et toujours la dépendance accrue à l'environnement signant le défaut d'intériorisation, l'évitement de la relation ou encore la haine qui traduit l'angoisse de perte également. Cela corrobore les observations de l'ensemble des auteurs (Moralès, 1986 ; Roques, 2016 ; Sinanian, 2016) ayant étudié des protocoles projectifs de sujets toxicomanes et/ou substitués.

La problématique dépressive est manifeste dans l'ensemble des protocoles de TAT. Les femmes (excepté Juliette) ne peuvent lier affects dépressifs et représentations de perte. Trois d'entre elles (Anaïs, Chloé et Sonia) introduisent d'ailleurs l'objet-drogue et ses effets comme évitement, déni de la perte d'objet et de la problématique dépressive. Moralès (1986) le soulignait déjà comme défense contre la dépression tout en permettant de lui donner un contenu. Les thématiques mortifères qui dominent le protocole d'Anaïs à travers les références au suicide et aux enterrements étaient également mises en évidence par Moralès (1986). La demande et le recours à un objet d'étayage apparaissent prévalents pour la majorité des femmes face à la solitude ou à l'angoisse de perte (Roques, 2016). Cela rend compte d'une dépendance de type anaclitique. Celle-ci imprègne d'ailleurs l'ensemble des récits et notamment la problématique œdipienne.

L'érotisation des relations, visible dans tous les protocoles, aboutit ainsi toujours à la crainte de perte de l'objet. La rivalité œdipienne apparaît également massivement évitée avec l'hypothèse que l'agressivité conduirait à la destruction de l'objet d'amour. La rivalité apparaît évitée à travers une identification narcissique, traitée sur un mode spéculaire chez certaines femmes (Anaïs, Chloé) traduisant ainsi la confusion des identités. La perte de l'objet correspondrait ainsi également à une perte narcissique. La triangulation œdipienne s'avère ainsi impossible à conflictualiser et à élaborer dans une impossible confrontation à l'agressivité/rivalité et au renoncement à l'objet œdipien. La relation hétérosexuelle, lorsqu'elle n'est pas massivement inhibée ou traitée dans une valence dépressive/anaclitique, s'avère désorganisée, peut-être par l'activation du fantasme d'un rapprochement incestueux. Le fantasme de séduction est ainsi éludé. Cela s'articule aux observations de Roques (2016) d'un conflit œdipien qui apparaît inhibé, contourné (défenses narcissiques) ou abrasé (défenses opératoires). Catteuw et Sztulman (1999, citées dans Roques, 2016) soulignaient également la massivité de l'inhibition, le manque de conflictualisation psychique et interpersonnelle, la faiblesse de l'investissement objectal, et une référence peu fonctionnelle à la fantasmagorie œdipienne.

Seule Juliette fait preuve de capacités d'élaboration de la position dépressive au TAT, liant représentations de perte et affects dépressifs. La problématique de perte d'objet est traitée

sur le mode de la culpabilité et de la punition face à la transgression des interdits. La problématique œdipienne est ainsi au premier plan notamment au travers d'une rivalité exacerbée mais où le renoncement à l'objet œdipien s'avère impossible. Les interdits œdipiens ne semblent ainsi pas intériorisés.

Roques et al. (2013) ont étudié la problématique dépressive, intrinsèque à la problématique toxicomane, sous l'angle de la dépressivité à partir de l'analyse des protocoles de sujets sous TSO. La dépressivité est théorisée par les auteurs à partir notamment des travaux de Fédida (2001), dans une conception opposée à celle de Corcos et al. (2003). « Envisagée comme un processus adaptatif ou comme disponibilité à ressentir l'affect (Gutton, 1986), pour un sujet qui tente de se dégager de sa souffrance, la conception défensive de la dépressivité s'appuie sur son caractère normal, qui s'oppose à la dépression, et à son versant pathologique qui distinguent plusieurs indices spécifiques à la dépressivité. (...) La dépression se situe à l'extrême d'un processus normal et renvoie à l'échec de la capacité à se déprimer, tandis que la dépressivité, comme fait psychique ordinaire, présente les caractéristiques d'une défense contre la violence du vivant et indique la capacité à se déprimer. » (Roques & al., 2013 : 228). La dépressivité, dans une telle conceptualisation, s'avère pertinente pour l'étude des sujets toxicomanes puisque ces derniers se défendent des affects et représentations dépressifs par le recours à l'agir et n'entrent pas dans le cadre strict de la dépression. La dépressivité serait alors comprise comme une première capacité à se déprimer et ouvrirait des portes psychothérapeutiques. Roques et al. (2013) distinguent ainsi plusieurs indicateurs spécifiques à la dépressivité : « Item 1 : La disponibilité à ressentir l'affect dépressif, à le verbaliser. La possibilité de fantasmer une représentation de perte et de l'évoquer. La liaison entre affect dépressif et représentation de perte ; Item 2 : L'investissement de la réalité interne et son articulation avec le monde externe. Le recours à l'imaginaire et la mentalisation. L'appel à des objets sécurisants, face à l'émergence de l'angoisse dépressive ; Item 3. La diversité et le renfort des processus défensifs. La capacité de régression (émergence en processus primaires) et la souplesse des stratégies défensives (pas d'exclusivité des procédés d'évitement du conflit). » (Roques & al., 2013 : 230). Nous ne repérons que l'item 2, et à minima, chez nos propres sujets sous TSO, excepté chez Juliette qui répond en plus à l'item 1.

L'imgo maternelle apparaît menaçante, angoissante et persécutrice pour la majorité des femmes. Elle est très souvent associée à des composantes phalliques. La confrontation à cette imago fait vaciller les limites entre monde interne et monde externe et met ainsi en évidence les défaillances du holding. Elle s'articule également toujours à une angoisse dépressive. L'on note

également des défenses narcissiques (Béregère, Carine, Chloé, Juliette), l'insistance sur la séparation (Carine) ou encore une ambivalence entre désir de rapproché et maintien d'une distance avec la figure maternelle (Sonia). Il est néanmoins possible pour certaines femmes (Carine, Chloé) de se dégager de l'imaginaire maternelle pour accéder à une symbolique maternelle plus secondarisée. Béregère et Carine dans une moindre mesure semblent également en mesure de pouvoir s'identifier à la figure maternelle. Ce n'est pas le cas pour les autres femmes.

L'on note également l'identification de personnages féminins pour quatre d'entre elles (Béregère, Carine, Juliette et Sonia). Cela signifie la capacité d'accéder à une identité sexuée bien que des réponses anonymées ou féminines, mais marquées par un symbolisme phallique, soient également présentes dans leurs protocoles, signant un trouble identificatoire plus ou moins présent. Le masculin est également identifié dans ses composantes de puissance phallique, sous le joug du refoulement, chez toutes les femmes. De même que la dimension passive qui apparaît cependant liée à des fantasmes sadomasochistes pour Anaïs et Juliette. Seule Sonia ne peut se confronter à la passivité. Par ailleurs, la passivité est accessible pour Chloé mais la manipulation de la planche laisse entendre l'angoisse sous-jacente. La figure masculine paternelle apparaît menaçante, probablement du fait des fantasmes incestueux sous-tendus. La symbolique phallique et la problématique de castration transparaissent également dans certains protocoles (Carine, Juliette).

Les procédés rigides et labiles sont présents dans les protocoles, pouvant soutenir l'investissement des relations, notamment érotisées, du monde interne et la possibilité d'une conflictualisation intrapsychique et/ou interpersonnelle. Néanmoins, le dégagement et l'élaboration du conflit restent extrêmement rares et sont la plupart du temps éludés par le biais des mécanismes d'évitement du conflit (inhibition et surinvestissement de la réalité externe) largement majoritaires. Les procédés rigides soutiennent également l'évitement du conflit psychique et de l'angoisse dépressive, de même que les procédés narcissiques également prévalents. Les procédés antidépressifs sont très représentés (procédés maniaques et demande d'étayage notamment), soulignant la défaillance d'élaboration de la position dépressive.

Les procédés défensifs s'avèrent ainsi, au Rorschach comme au TAT, riches et hétérogènes, incluant tant des procédés rigides que labiles, des défenses narcissiques et bien sûr l'inhibition et le surinvestissement des limites. Toutes ne s'avèrent pas opérantes face à l'incursion fantasmatique ou pulsionnelle désorganisée mais se révèlent pour le moins efficace dans l'évitement du conflit et des relations. L'on note également l'émergence de processus primaires de façon transitoire (excepté pour Anaïs où ils apparaissent beaucoup plus

présents) tels que le clivage, le déni, l'idéalisation ou encore l'identification projective. Cette dernière se repère chez toutes les femmes au Rorschach avec la projection d'un objet interne mauvais et menaçant (planche I).

Notre hypothèse apparaît ainsi largement corroborée.

A partir de l'analyse des entretiens cliniques et des protocoles projectifs des six femmes, l'on peut conclure à un fonctionnement de type limite-narcissique inhibé pour quatre d'entre elles : Bérengère, Carine, Sonia et Chloé, et à un fonctionnement de type limite-narcissique labile pour Anaïs. La question se pose pour Juliette d'un fonctionnement névrotique hystérique. Néanmoins, l'impossible renoncement aux objets œdipiens et le protocole du Rorschach tendent vers un fonctionnement plus limite.

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES USAGERES DE DROGUES DANS L'OUEST NORMAND

Cette dernière partie de notre travail s'inscrit, comme nous l'avons développé dans notre introduction, dans une perspective de « recherche-action », financée et soutenue par la Région Basse-Normandie. En effet, l'un de nos souhaits lorsque nous avons débuté nos travaux de recherche sur la thématique « maternité, périnatalité et addictions » était de pouvoir améliorer l'accompagnement des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de drogues ou sous TSO et de leurs enfants, à partir d'une meilleure connaissance des enjeux psychiques du devenir parent chez ces femmes ainsi que de leurs effets à plus long terme sur l'investissement de l'enfant, la qualité des interactions précoces et la relation aux produits (drogue, TSO). Nous avons déjà souligné l'importance pour nous que cette recherche s'inscrive au plus près de la clinique et de la « pratique », tant pour le bien-être des patients que pour celui des professionnels amenés à les accompagner.

Nous reviendrons dans un premier temps sur l'évolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes et jeunes consommatrices de substances psychoactives (SPA) et de leurs enfants en France. Nous aborderons ensuite les résultats de notre étude menée auprès des centres d'addictologie et des maternités du territoire Ouest Normand, tentant ainsi d'établir un état des lieux des modalités d'accompagnement de la population concernée sur ce territoire. Enfin, nous présenterons le projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants, élaboré avec l'équipe du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention (CSAPA) « Presqu'île » de Cherbourg (50).

1. MATERNITE ET TOXICOMANIE : VERS UNE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE

1.1. Bref historique de la prise en charge des sujets usagers de drogues

La France s'inscrit dans une culture longtemps marquée par la prohibition et la répression des consommateurs de substances psychoactives dans le but illusoire d'éradiquer les drogues. La crise sanitaire liée à l'épidémie de SIDA à la fin des années 1980 a contribué à un tournant en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies avec les premiers programmes de réduction des risques et le développement de la prévention. Il s'agissait dans

un premier temps des risques infectieux et médicaux avec le développement des programmes d'échanges de seringues et le développement en parallèle des traitements de substitution aux opiacés (1992). La réduction des risques s'est ensuite progressivement (et tardivement) ouverte à la prise en compte des risques sociaux (violence, accidents, ruptures familiales ou sociales, perte d'emploi...) (Maestracci, 2009). Des plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives ont ainsi vu le jour et se sont succédés jusqu'au dernier en date (2013-2017) porté par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), aujourd'hui renommée Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). C'est dans ce contexte que s'inscrit le développement des réseaux de prise en charge et d'accompagnement des usagers de drogues. Aujourd'hui, l'on constate une prise en compte plus importante de la spécificité des conduites addictives des femmes, dans tous leurs aspects : sociaux, économiques, physiologiques et psychologiques. Cela a d'ailleurs conduit à la création d'un guide « Femmes et addictions » en 2016 par la Fédération Addiction avec le soutien de la MILDECA, de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de la Cohésion sociale – Service des Droits des femmes et de l'Égalité entre les femmes et les hommes. Ce guide vise à apporter une aide pour les professionnels afin d'améliorer l'accueil et le suivi des femmes dans les structures d'accompagnement des personnes souffrant de conduites addictives. Ainsi, l'un des objectifs de ce guide est de changer les représentations (des professionnels et des usagers) afin d'inciter les femmes à pousser plus souvent les portes des dispositifs de prise en charge des conduites addictives.

1.2.Toxicomanie et maternité : épidémiologie

En amont de cette centration sur les problématiques spécifiques de la femme usagère de drogues, la question de la maternité chez ces femmes s'est posée de façon accrue à partir du début des années 1990 (1993), notamment en termes de conséquences médicales pour le fœtus et le bébé. Cela demeure encore aujourd'hui très difficile de dresser un état des lieux de la consommation de substances psychoactives des femmes toxicomanes et encore plus des femmes enceintes toxicomanes en France (Nezelof & Dodane, 2010). Cependant, Lejeune (2007) situe entre 150 000 et 300 000 le nombre de sujets toxicomanes dont 25 à 30 % seraient des femmes, dont la majeure partie serait en âge de procréer. Lowenstein et Rouch (2007) ainsi que Franchitto et al. (2010) estiment que 500 à 2500 grossesses de femmes enceintes toxicomanes sont menées à terme chaque année. Toubiana (2011) estime, quant à lui, que 2400 à 5000 naissances sous toxicomanie ont lieu par an.

1.3.Toxicomanie et maternité : évolution des représentations et des modalités d'accompagnement, développement de réseaux pluridisciplinaires

La connaissance de la toxicomanie maternelle a conduit, jusqu'aux années 2000, à des placements quasi-systématiques des enfants. En effet, les soignants avaient très souvent tendance à induire une séparation de la mère et de l'enfant du fait de la méconnaissance des produits et de leurs effets, ainsi que du syndrome de sevrage néonatal (SSNN). En l'absence de suivi de grossesse, en raison des difficultés de communication avec les mères, de leur méfiance vis-à-vis de ces femmes considérées comme déviantes et comme des « mauvaises mères » de par leur toxicomanie, elles étaient jugées incapables de bien s'occuper de leurs enfants. Du côté des femmes, la méfiance était également de rigueur vis-à-vis des soignants, en raison de la peur du placement de l'enfant et de leur sentiment de culpabilité ainsi que du regard négatif et stigmatisant qui pouvait leur être renvoyé. Cela pouvait d'ailleurs aboutir à des comportements de fuite de ces mères, qui venaient alors valider les suspicions des soignants (Chanal & al., 2014 ; Weil & Reichert, 2014). De nombreux travaux ont par la suite mis en évidence que la toxicomanie maternelle ou parentale ne pouvait être à elle seule un motif de séparation des enfants de leurs parents. Elle représente, cependant, un facteur de risque, parmi d'autres, de danger susceptible de conduire à des mauvais traitements. La consommation de toxiques doit être combinée à d'autres facteurs comme la précarité, la délinquance, la prostitution ou un problème de santé mentale pour conduire à un signalement aux autorités judiciaires (Simmat-Durand, 2008). Le pronostic obstétrical et pédiatrique de ses grossesses, considérées « à risques » médicalement parlant, dépend du nombre et de la nature des produits consommés et du style de vie (chaotique ou non). Dans la mesure où les femmes toxicomanes sont le plus souvent poly-consommatrices, l'analyse des effets de chaque produit sur l'enfant doit également être relativisée. Ce pronostic est d'ailleurs largement amélioré avec une prise en charge par une équipe bien formée, cohérente et chaleureuse au sein d'un réseau de périnatalité-addictions (Lejeune, 2014). Le pronostic cognitif et social des enfants de mères toxicomanes est par ailleurs essentiellement corrélé à la qualité et à la stabilité de leur environnement (relations parents-enfant, style de vie familial, séparations) (Lejeune, 2014). Il a également été mis en évidence que les troubles des interactions précoces des mères toxicomanes avec leur bébé étaient, non seulement dues à des « interactions négatives entre une mère perturbée et un nouveau-né en souffrance, mais aussi et surtout à des modalités inadaptées de prise en charge par les équipes obstétrico-pédiatriques » (Lejeune, 2000). La grossesse représente par ailleurs, comme nous l'avons déjà noté, une période propice aux changements pour la femme usagère

de drogues du fait des remaniements psychiques potentiellement en jeu, et cela d'autant plus, si elle est soutenue par les professionnels.

Pour dépasser ces difficultés, il était donc nécessaire de pouvoir faire évoluer la prise en charge et de développer des modalités d'accompagnements intégrant tous les professionnels amenés à assurer le suivi des futures mères. Les fonctionnements en réseaux ont ainsi vu le jour, associant services d'addictologie (Unités d'Addictologie, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)), professionnels de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie, centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), intersector et éventuellement services de psychiatrie et/ou de pédopsychiatrie. L'objectif de tels réseaux est de proposer une approche pragmatique mettant l'accent sur l'adhésion et la participation active de la femme au suivi proposé avec la prise en compte de ses besoins et de ses désirs. Ce suivi se traduit par :

- l'évaluation des besoins et des risques bio-psycho-sociaux avec un plan de soutien adapté,
- la réduction des risques sanitaires (mise en place du traitement de substitution notamment) et sociaux liés notamment aux consommations,
- l'intégration sociale de ces femmes,
- le soutien à la parentalité avec pointage des compétences,
- le soutien aux relations précoces mère(-père)-enfant,
- la protection du nouveau-né
- et la participation active du père si elle est possible.

En effet, leur investissement dans le suivi est un élément important de bon pronostic (Clark & al., 2001, cités dans Cassen & al., 2004). Il s'agit à la fois de favoriser l'accès et la continuité des soins en proposant un accompagnement dès le début de grossesse (voire le désir d'enfant) mais également en préparant la sortie de la maternité et le retour à domicile avec le maintien d'un suivi médico-psycho-social en fonction des besoins de la famille. Le soutien des liens mère-enfant est notamment favorisé lors des hospitalisations en Unité Kangourou où les mères (parents) sont intégrées et sont, bien souvent, les acteurs majeurs de la prise en charge de leur nourrisson. La prescription d'un traitement de substitution aux opiacés et le soutien médico-psychosocial qui doivent les accompagner sont des outils qui se sont avérés très efficaces dans la prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues avec une nette diminution du taux de séparation mère-enfant. En effet, comme pour les femmes toxicomanes en général, le pronostic cognitif et social des enfants de mères sous substitution est essentiellement corrélé à

la qualité de leur environnement (Lejeune, 2000 ; Lejeune, 2007 ; Robins & al., 1993, cités dans Lejeune, 2007 ; Van Baar & al., 1994, cités dans Lejeune, 2007).

Il y a ainsi nécessité d'une prise en compte globale de la situation (médico-psycho-sociale) qui implique une posture bienveillante et non-jugeante, sans cependant être dans un non positionnement à l'égard des risques encourus pour la mère et/ou le bébé. La réassurance des mères dans leurs compétences parentales les aide à adhérer d'autant plus au programme thérapeutique qui peut leur être proposé. Cela sous-entend également la nécessité d'une cohérence et d'une continuité de la prise en charge avec des échanges fluides entre les différents professionnels qui doivent ainsi adopter une approche commune ou « partagée » des soins. Le travail en réseau permet également un soutien interprofessionnel face à des situations parfois lourdes et intenses émotionnellement.

De nombreux exemples de prises en charge en réseau des femmes enceintes toxicomanes éclosent dans la littérature. Ils sont notamment repris, de même que l'ensemble des « bonnes pratiques » et recommandations en matière d'accompagnement des femmes enceintes usagères de substances psychoactives et de leurs enfants, dans le « Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse » (Respadd, 2013) ou sur le site de la Fédération addictions (base d'actions spécifiques femmes). Ce type d'accompagnement a eu pour effets, dans les lieux où il était mené, de favoriser très largement l'adhésion des femmes au suivi proposé (notamment grâce à une attitude non-jugeante des soignants). Ce dispositif a également amené à une augmentation de la visibilité des patientes toxicodépendantes dans les services de maternité, à une plus grande participation des pères, à une large diminution des risques obstétricaux (prématurité notamment) et à une nette diminution des placements ou séparations mère-enfant (Chanal & al., 2004 ; Lejeune & al., 1997 ; Lejeune & al., 2006 ; Mazurier & al., 2000 ; Michel & al., 2008). Il a ainsi permis d'améliorer considérablement le pronostic périnatal des femmes et de leurs enfants (Lejeune, 2007).

De telles modalités d'accompagnement en réseaux pluridisciplinaires des femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes correspondent aux préconisations des politiques publiques (Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n 2007-203 du 16 mai 2007, annexe 5 ; Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, 2008-2011 ; Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2013-2017).

2. MATERNITE ET TOXICOMANIE : QUELLES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DANS L'OUEST NORMAND ?

2.1.Remarques préalables

La répartition de ces réseaux reste inégale sur l'ensemble du territoire français (métropolitain). En effet, nous avons constaté l'absence d'un tel réseau formalisé sur le territoire anciennement Bas-Normand (Calvados, Manche, Orne) lorsque nous cherchions à rencontrer des femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO lors de nos précédents travaux (Bazire & Proia-Lelouey-Lelouey, 2016a, 2016b). Il existait malgré tout, des liens informels entre certaines structures (Unité d'addictologie ou CSAPA et maternité) mais cela restait très dépendant des intérêts et volontés individuels et était souvent mis à mal au départ du professionnel « porteur » de ces liens dans l'une ou l'autre des structures. Par ailleurs, nous avons constaté des disparités concernant la présence de femmes enceintes usagères de drogues dans les différentes institutions et ce, pour une même ville. Autrement dit, des maternités (types II-B ou type III exclusivement, puisqu'elles seules disposent de services de réanimation néonatale (soins néonataux et intensifs)) nous affirmaient ne pas rencontrer cette population alors même que l'Unité d'Addictologie ou le CSAPA du même bassin de population prenait en charge ces futures mères. Enfin, nous avons été étonnée et choquée de la violence de certaines réponses lorsque nous questionnions justement la présence de femmes enceintes usagères de drogues en maternité ou en services de périnatalité (« *On n'a pas de ça ici* »). Cela renvoyant très clairement à des représentations erronées et encore très négatives à l'égard des mères toxicomanes.

Ces constats ont, en partie, motivé notre désir de poursuivre nos recherches dans ce domaine. En effet, notre idée était qu'une meilleure connaissance des remaniements psychiques induits par la grossesse, le devenir mère et la rencontre avec leur bébé chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO ainsi que de leur vécu de ces événements et des changements potentiels que cela peut entraîner, permettront un meilleur accompagnement de ces futures jeunes mères et de leurs enfants, notamment par une modification des représentations négatives des soignants. Nous souhaitons par ailleurs intégrer un versant plus « pratique » à notre thèse sous forme d'une « recherche-action » visant à tenter de faire un état des lieux des modalités d'accompagnement existant en Basse-Normandie pour cette population. Le second objectif était de tenter de soutenir l'élaboration d'un projet de prise en charge spécifique et pluridisciplinaire dans une partie du territoire Bas-Normand. Nous souhaitons également tenter d'identifier quels pouvaient être les freins et/ou difficultés à la mise en place d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire dans l'Ouest Normand.

2.2.Méthodologie

Dans le but de dresser un état des lieux des modalités d'accompagnement des femmes enceintes usagères de substances psychoactives dans l'Ouest Normand, nous avons contacté l'ensemble des maternités de niveau III et cinq des sept maternités de niveau II. Nous avons également contacté les structures d'addictologie (Unité d'Addictologie et/ou CSAPA) des villes où étaient localisées les différentes maternités, de façon à recueillir les retours des professionnels des deux domaines pour un même bassin de population. Nous nous sommes centrée sur les structures prenant en charge des patient(e)s consommateurs de drogues « dures » et notamment d'opiacés. L'on recensait ainsi une à deux structures par ville susceptibles de prendre en charge la population qui nous intéressait. Les structures ne prenant en charge que des patients avec un problème de dépendance à l'alcool, au tabac ou au cannabis étaient d'office exclues. Nous propositions à chaque structure (maternité et addictologie) de remplir un questionnaire qui reprenait le nombre de femmes enceintes usagères de substances psychoactives suivies au sein de la structure (drogues et/ou TSO non différenciés) durant les années 2014 et 2015 ; les modalités de prise en charge de ces patientes et notamment l'existence de liens avec d'autres structures ; et enfin les éventuelles difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ces patientes. Le questionnaire était adressé à l'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge des femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO (sages-femmes et gynécologues pour la maternité ; infirmiers, médecins addictologues, éducateurs pour les structures d'addictologie). Les professionnels pouvaient choisir de répondre en équipe ou de façon individuelle.

2.3.Résultats

2.3.1. Des retours disparates

Les professionnels de la maternité de la ville que l'on nommera A ont répondu bien volontiers à notre questionnaire, de même que la structure d'addictologie de cette ville. En revanche, le service d'addictologie de l'hôpital n'a pu répondre favorablement à notre demande dans la mesure où les femmes enceintes usagères de drogues n'étaient pas orientées ou accueillies dans ce service.

Les services de maternité et d'addictologie de la ville que l'on nommera B ont très volontiers accepté de répondre à notre questionnaire.

Idem pour la ville que l'on nommera C.

La maternité de la ville nommée D n'a pas donné suite à nos sollicitations. La structure d'addictologie de cette même ville nous a fait savoir qu'elle n'avait pas de femmes enceintes toxicomanes dans sa file active.

La maternité de la ville que l'on nommera E n'a pas donné suite à nos sollicitations. Une seule des deux structures d'addictologie prenait en charge la population qui nous occupe et a accepté de répondre à notre questionnaire.

Aucune des structures de la ville F n'a répondu à nos sollicitations.

La maternité de la ville nommée G ainsi que la structure d'addictologie de cette même ville ont répondu bien volontiers à notre questionnaire.

Enfin, la maternité de la ville H a également répondu à notre questionnaire. La structure d'addictologie n'a en revanche pas donné suite à notre demande.

Ainsi, trois maternités sur huit n'ont donné aucune réponse à nos sollicitations. Sur les dix structures susceptibles d'accompagner des femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO, deux ne nous ont donné aucune réponse. Deux autres nous ont orienté vers le CSAPA de leur ville et enfin une dernière nous a informé ne pas prendre en charge cette population malgré l'absence d'autres structures dans la région. Ainsi, cinq structures d'addictologie sur dix et cinq maternités sur neuf ont répondu favorablement à notre demande. Les trois départements de Basse-Normandie restaient ainsi représentés.

2.3.2. Epidémiologie

Les deux maternités de type III ont pris en charge plus de dix patientes toxicomanes ou sous TSO par an chacune, pour les années 2014 et 2015. Les trois maternités de type II qui nous ont répondu en comptent de zéro à cinq pour une et plus de dix pour les deux autres sur ces mêmes années. Quant aux structures d'addictologie, l'on peut estimer entre 20 et 30% de femmes en âge de procréer sur la totalité de leur file active (21% pour la ville C, 23% pour la ville A, 28% pour la ville E, 30% pour la ville G, 33% pour la ville B) avec entre cinq et dix grossesses menées à terme par an en 2014 et 2015.

2.3.3. Modalités et difficultés de prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues au sein des structures d'addictologie

Concernant les structures d'addictologie, le suivi des femmes enceintes toxicomanes, sans être nécessairement basé sur un protocole ou formalisé, présente des particularités que l'on retrouve dans l'ensemble des institutions ayant répondu à notre questionnaire. La connaissance

d'une grossesse représente une situation d'urgence et entraîne ainsi, dans la plupart des cas, la mise en place d'un suivi médical et infirmier plus rapidement et de façon renforcée (suivi plus rapproché, créneaux de consultations plus long) que pour un usager « lambda ». Cela notamment dans le but de mettre en place (en urgence) ou d'évaluer et d'adapter le traitement de substitution aux opiacés (TSO). L'accent est mis sur l'importance du TSO pendant la grossesse et les conséquences fœtales d'un sevrage. Cela implique parfois de rencontrer l'entourage pour expliquer que TSO et grossesse ne sont pas incompatibles. Le suivi proposé comprend également l'accompagnement de la femme concernant ses autres consommations. Néanmoins, il arrive également, pour des patientes sous TSO stabilisées, que la grossesse n'entraîne pas de changements particuliers du suivi si ce n'est une vigilance accrue et la réévaluation des posologies de traitement. La priorité est également donnée à la question « sociale » avec la nécessité qu'elle trouve un logement ou soit mise à l'abri dans les cas de grande précarité. Un suivi psychologique est également proposé. Les professionnels insistent en effet sur le besoin de réassurance des futures mères dans leurs compétences maternelles, sur la place importante de leur sentiment de culpabilité et sur la fragilité émotionnelle que peut entraîner cette période pour elles. Les professionnels d'addictologie font également le lien, orientent voire accompagnent la patiente, avec son accord, vers les services de maternité et de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Certains professionnels insistent également sur leur proposition de rencontrer et d'intégrer le père au suivi.

En fonction des structures, chaque intervenant peut être susceptible d'accompagner des femmes enceintes ou, au contraire, certains professionnels ont fonction de « référents » des situations de grossesse.

L'absence de « protocole » ne semble pas faire l'objet de consensus au sein même des équipes. En effet, l'accent est porté sur la dimension individuelle des situations valorisant un accompagnement au cas par cas, individualisé et adapté aux problématiques de la patiente et éventuellement du couple. Chaque situation doit pouvoir être analysée et demande adaptation et souplesse. Néanmoins, un « balisage » des modalités spécifiques d'accompagnement des femmes enceintes serait souhaitable pour pouvoir accorder les prises en charge au sein même des équipes, « *pour que les patientes concernées puissent toutes en bénéficier* ». En effet, lorsque les modalités spécifiques de prise en charge ne sont pas définies par l'ensemble de l'équipe, avec une possible référence à un document « guide », les accompagnements vont alors être modulés en fonction du professionnel et de ses connaissances et représentations concernant la grossesse des femmes toxicomanes et son suivi. Une formalisation des prises en charge des femmes enceintes toxicomanes ou sous TSO aurait également fonction de rassurer et soutenir

les membres de l'équipe aux prises parfois avec des situations lourdes, complexes et intenses émotionnellement. Cela pourrait également permettre la systématisation de rencontres avec certains professionnels et notamment l'assistante sociale.

Les professionnels des structures d'addictologie évoquent également certaines difficultés dans l'accompagnement des femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO. Certains problèmes rencontrés sont liés aux fausses croyances de la patiente mais également de son entourage concernant le recours au TSO pendant la grossesse et l'allaitement. Ces croyances sont renforcées par celles, identiques, de certains professionnels des services de maternité et exerçant en libéral (gynécologues, médecins traitants) du fait de leur méconnaissance dans ce domaine. Cela conduit à des discours paradoxaux pour la patiente et peut aboutir à un refus du TSO avec souhait de sevrage pendant la grossesse, entraînant alors des risques létaux pour le fœtus. Le fait d'être sous TSO ou d'avoir consommé des drogues pendant la grossesse est source de dévalorisation et d'un sentiment de culpabilité exacerbé chez les futures mères pouvant compromettre la demande d'aide ou la relation thérapeutique. Cela est d'autant plus vrai pour les femmes qui n'étaient pas prises en charge avant la grossesse. Enfin, des difficultés ont pu être notées avec les services de maternité pendant la grossesse et en suites de couches. Celles-ci ont trait au regard négatif de certains professionnels qui perdure, entraînant une surenchère de précautions inadaptées et stigmatisantes. Des problèmes se posent également par rapport à l'administration du TSO pour des patientes arrivées pour accoucher sans avoir pris leur traitement avant et où il a été refusé de le leur donner ou de leur accorder une permission afin de passer au centre d'addictologie ou à la pharmacie pour le récupérer. Cette réaction est vraisemblablement sous-tendue par le fantasme qu'elles vont partir en abandonnant leur bébé. La posologie du TSO a parfois été modifiée sans justification et sans consultation du médecin addictologue prescripteur. A l'inverse, lorsque le séjour à la maternité se passe bien et qu'il perdure quelques jours du fait par exemple d'un SSNN du nourrisson, la sortie et le retour à domicile peuvent s'avérer difficiles du fait de la perte de l'étayage et du soutien par les professionnels bienveillants. Ce constat est également fait par les professionnels des services de maternité. La préparation du retour à domicile est ainsi toute aussi importante dans l'accompagnement en amont de la naissance. A partir des différentes observations, l'on constate que la manière dont se déroule le séjour à la maternité (pré et post accouchement) est en partie dépendante des professionnels que rencontrent les patientes.

2.3.4. Modalités et difficultés de prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues au sein des services de maternité

En ce qui concerne les maternités, la grossesse chez les femmes toxicomanes ou sous TSO n'est pas toujours considérée comme une grossesse « à risques » en fonction des soignants. Néanmoins, la prise en charge diffère de celle d'une femme enceinte « lambda » bien que les pratiques ne soient pas identiques en fonction des structures. L'on retrouve cependant toujours la proposition d'une rencontre avec le pédiatre en anténatal pour évoquer les risques de SSNN à la naissance. Le suivi clinique et échographique peut être accentué, les rencontres avec la sage-femme également mais cela ne semble pas être toujours le cas selon les maternités et selon les professionnels. Certains professionnels évoquent la proposition d'un suivi addictologique, d'autres non, peut-être du fait que leurs patientes sont déjà sous TSO. Une des maternités de l'Ouest Normand a cependant élaboré un protocole de prise en charge spécifique des femmes enceintes toxicomanes et/ou sous TSO. Celui-ci inclut la rencontre avec le pédiatre en anténatal, la rencontre avec la sage-femme cadre et la sage-femme référente de suites de couches pour visiter les services de maternité, de néonatalogie et l'Unité Kangourou dans le but de préparer le séjour à la maternité et le risque de SSNN, et enfin la transmission des informations à la PMI avec proposition à la future (ou jeune) mère de rencontrer l'intervenante de PMI pendant le séjour à la maternité. Cela dans le but de garantir la continuité de la prise en charge. Les professionnels de ce service évoquent également l'administration du TSO par l'infirmière du service. Enfin ils insistent également sur leur rôle de soutien de la mère auprès de son bébé et d'évaluation des relations précoces. Par ailleurs, ces professionnels sont en lien étroit avec le service d'addictologie de la ville tout au long de la grossesse et pendant le séjour à la maternité. Ledit service d'addictologie est le CSAPA Presqu'île de Cherbourg au sein duquel nous avons élaboré le projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants, présenté ci-après. Une deuxième maternité évoque plutôt qu'un « protocole » perçu comme trop « rigide », l'existence d'un STAFF très régulier et formalisé qui permet une réponse personnalisée à chaque situation. Ce temps d'échanges qui réunit les professionnels des champs de la maternité, de la périnatalité et de l'addictologie permet de « *préparer la naissance, de valider le mode d'accompagnement, de proposer aux patientes de rencontrer psychologues, pédiatres, de visiter la néonatalogie si nécessaire avant la naissance, de rassurer les sages-femmes du service sur le cadrage du traitement et de les informer des précautions à prendre ou pas en salle de naissance (analgésie, profil de la patiente et du père, etc...)* ».

Le désir d'un « protocole » dans les trois services de maternité où il n'en existe pas est beaucoup plus marqué que pour les services d'addictologie. Les professionnels évoquent le besoin d'un cadre de référence tout en gardant une certaine souplesse face à des situations individuelles, au cas par cas. Le « protocole » est également perçu comme un moyen d'améliorer la qualité de la prise en charge au travers d'une uniformisation et d'une homogénéisation des pratiques et des suivis. En effet, il apparaît clairement que les modalités de prise en charge varient en fonction des médecins et sages-femmes qui rencontrent ces patientes, et de leurs propres représentations à leur égard. Nous nous sommes ainsi rendu compte que tous les professionnels d'une des maternités sans protocole n'avaient pas répondu au questionnaire. Il semble n'avoir été rempli que par les soignants « intéressés » par ce sujet. Cela relève-t-il d'un manque d'intérêt par absence de « difficultés » avec ces patientes ? Ou au contraire d'un refus de s'y confronter ? L'objectif attendu d'une formalisation de ces prises en charge serait ainsi une meilleure information à destination des femmes concernant leur suivi et celui du bébé à la naissance, portée par une cohérence du discours des différents professionnels.

Les professionnels de maternité évoquent aussi des difficultés dans l'accompagnement de ces patientes. Tout d'abord l'absentéisme aux divers rendez-vous et le fait que toutes ne disent pas la réalité de leurs consommations de toxiques (minimisation bien souvent). Cette « inconsistance » de la prise en charge peut être fondée sur la peur « d'être mal jugée » des femmes mais rend difficile l'engagement et le maintien d'une relation durable permettant de faire évoluer la situation (Lahaye & al., 2008). Cette observation ne peut qu'alimenter les craintes des professionnels. En revanche, la possibilité d'aborder sans craintes le sujet des consommations ou du TSO favorise l'adhésion au suivi. Il est parfois difficile pour les femmes d'aborder elles-mêmes ce sujet et c'est leur médecin addictologue ou bien un autre professionnel qui en a connaissance, qui informe la maternité (avec accord de la patiente). Un autre point soulevé est le fait que le conjoint et l'entourage ne soient pas toujours au courant de la toxicomanie ou du TSO de la mère. Cela pose à la fois problème lors des consultations en prénatal, pour justement pouvoir aborder le sujet des consommations, mais également pendant le séjour à la maternité, surtout lorsque le bébé fait un SSNN. Quelles informations ou « excuses » donner alors à l'entourage pour expliquer un séjour plus long ou une hospitalisation en Unité Kangourou ? La gestion de la culpabilité de la mère représente également une difficulté pour les professionnels, à laquelle ils doivent être attentifs du fait des possibles conséquences délétères dans l'établissement des relations précoces. Cette culpabilité représente justement un frein à la prise en charge et à son adhésion par projection de ses propres condamnations sur les

soignants. Il arrive cependant que les représentations de « mauvaises mères » appartiennent aussi à certains professionnels. Ces prises en charge sont également perçues comme chronophages dans une logique de santé aujourd'hui tarifée à l'acte avec une demande de plus en plus importante d'actes par jour mais dont la durée est réduite. Ces situations demandent au contraire de pouvoir accorder du temps à ces patientes pour établir une relation de confiance et répondre à leurs questions. L'établissement d'un lien de confiance s'avère d'autant plus difficile lorsque les professionnels (médecins ou sages-femmes) changent à chaque rendez-vous. L'allongement de la durée du séjour en maternité (ou en Unité Kangourou) est également décrit comme parfois difficile à supporter pour les mères.

La situation sociale n'a été que très rarement évoquée dans les réponses aux questionnaires alors que nous avons nous-même été témoin des problèmes qui se posent dans le cas de grande précarité et surtout des contextes de violence dans lesquels ces femmes peuvent vivre.

2.3.5. Demande d'informations et d'une meilleure concertation entre intervenants

L'ensemble des professionnels de maternité s'accorde sur l'absence de connaissances spécifiques sur la prise en charge de ces femmes, sur la problématique addictive autant que sur la prise en charge du SSNN de l'enfant. Et ce, malgré l'existence de formations en addictologie proposées mais qui ne sont pas centrées sur cette population. Ils sont ainsi en demande d'informations. De même, les professionnels d'addictologie souhaiteraient avoir plus d'informations à propos de la grossesse, de la maternité et de la parentalité.

Au-delà de cette demande d'informations, ressort des questionnaires le désir d'une meilleure concertation entre professionnels et d'une meilleure connaissance des acteurs locaux ou des réseaux à solliciter. Cela toujours dans le but de favoriser une cohérence de la prise en charge mais également dans le but d'éviter la multiplication des intervenants et des démarches pour la patiente qui ne favorisent nullement l'adhésion aux soins ni l'établissement d'une relation de confiance. L'on retrouve ici l'intérêt de professionnels « référents » de ces situations dans chaque structure. Cela permettrait également aux intervenants extérieurs à la structure d'identifier la personne « ressource » à solliciter si besoin.

2.3.6. Des liens entre structures circonstanciels et pas toujours aisés

Les structures d'addictologie évoquent des liens avec d'autres services et notamment la maternité et la PMI. Les services de pédopsychiatrie, de psychiatrie, de pédiatrie et l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) sont également cités si besoin selon les

situations. Les professionnels des services de maternité évoquent également des partenariats avec ces services et institutions, auxquels s'ajoutent les services sociaux si besoin. Les situations sont perçues comme souvent complexes et sont ainsi très régulièrement abordées en staff médico-psycho-social. C'est ce temps qui permet de faire le lien entre les différents intervenants. Cependant, les liens avec les services d'addictologie ne sont pas systématiques, notamment, parce que certaines patientes substituées peuvent être suivies par leur médecin généraliste. Les femmes sous TSO sont en effet majoritaires (85-90% des situations de grossesse). Les 10% restant accepteraient dans la grande majorité des cas d'entamer un suivi et une substitution. C'est pour cette raison que les professionnels de maternité évoquent le besoin d'être plus en lien avec les médecins de ville.

L'activation des liens entre structures d'addictologie et services de périnatalité ne semble pas aussi aisée dans toutes les villes et ne semble pas toujours facile à maintenir après l'accouchement, peut-être en raison de l'absence de professionnels « référents » de ces situations dans les différentes structures. Un médecin addictologue, « référent maternité », expliquait ainsi ne jamais être appelé par la maternité alors même qu'il leur avait précisé à plusieurs reprises être disponible et que d'autres services (pédopsychiatrie) lui rapportaient des situations complexes où un avis addictologique aurait été nécessaire. Inversement, certains professionnels de cette même maternité reprochaient au service d'addictologie de n'être jamais présent.

Il s'agit toujours de partenariats spontanés et nous pouvons aisément appliquer les résultats de l'étude exploratoire de Lahaye et al. (2008 : 7) visant à établir un « diagnostic de situation » de la prise en charge des femmes et mères toxicomanes sur le département de la Marne, à notre propre tentative d'état des lieux. Ainsi, « les liens [entre les partenaires] sont « (...) ponctuels, le temps d'une démarche ou d'un accueil : échange d'informations, analyse de la situation, recherche de solutions selon les missions de chacun », avec l'objectif d'une « prise en charge globale » (...) ou simplement pour « savoir si ces femmes vont bien les rencontrer (autre intervenant) et à quel rythme ». Ce partenariat reste centré sur la prise en charge dans sa forme (les partenaires) et son contenu, « l'aide sur une situation » ou au « suivi conjoint du couple mère/enfant » et se limite presque toujours à de l'échange d'informations via divers outils de communication avec, plus rarement, une rencontre pour « harmoniser le discours et sortir du jugement ». Circonstanciel, ce réseau est donc « non formalisé, basé sur la confiance, sans moyen », (...), mais le regret est souvent formulé du peu de travail en partenariat, voire de son impossibilité (...) ».

Malgré tout, les échanges pluridisciplinaires, bien qu'intermittents, sont perçus par l'ensemble des professionnels comme permettant de proposer une prise en charge globale, cohérente et plus pertinente de la mère et du bébé pendant et après la naissance et d'anticiper ainsi que de préparer le séjour à la maternité et le retour au domicile. Il s'agit par exemple d'optimiser le suivi de grossesse en informant le gynécologue qui suit la patiente de l'intérêt et des modalités du TSO. Les liens avec la maternité et la pédiatrie ont également pour but d'informer et de préparer la patiente à son accouchement et au risque de syndrome de sevrage néonatal (SSNN) du bébé. Le but recherché est également l'adhésion de la mère (et du couple) aux soins proposés. En effet, le partenariat visible entre les professionnels des différents champs rassurent les mères. De plus, le fait, pour les professionnels, de connaître les autres intervenants facilite les orientations et l'établissement de liens de confiance de la future mère avec les nouveaux professionnels intégrés à la prise en charge.

2.3.7. Réflexion autour des possibles freins à la création et à la pérennité de partenariats (voire de véritables réseaux) entre les professionnels des différents champs

Nous souhaitons également, au cours de cette tentative de dresser un état des lieux des modalités de prise en charge des femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes et/ou sous TSO et de leurs enfants dans l'Ouest Normand, réfléchir aux possibles freins à la création et à la pérennité de partenariats (voire de véritables réseaux) entre les professionnels des différents champs.

Il apparaît que le travail en réseau entre les différentes institutions qui prennent en charge les femmes enceintes et jeunes mères usagères de drogues et leurs enfants reste problématique dans la mesure où ces différents services souffrent d'une absence de langage commun et manquent de cohésion concernant les objectifs suivis. En effet, les centres de soins pour toxicomanes vont plutôt être centrés sur le bien-être médico-psychosocial des femmes enceintes et jeunes mères alors que les structures telles que les maternités, les PMI ou la pédopsychiatrie vont être centrées sur l'enfant et ses besoins. Ainsi chacun aura une vision différente et parcellaire des choses, ce qui va nécessairement impacter les relations que les femmes vont entretenir avec ces différents intervenants (Stocco, 2007). Une demande d'aide de la part de ces femmes, qui démontre une capacité à prendre soin de ses enfants, entraîne encore trop souvent aujourd'hui la mise en place d'un processus d'évaluation de la mère. « Les mères en question arrivent toujours à bout de souffle, en demande d'aide et elles sont jugées sur un épisode aigu d'incapacité face à son enfant et non sur les potentialités ou les aptitudes qu'elle

aurait par ailleurs. Cela peut aboutir à un décalage entre la toxicomanie et la décision d'un placement des enfants alors que la mère ne consomme plus ou a stabilisé sa situation avec une prise en charge et un traitement de substitution. » (Rutman & al., 2000, cités dans Simmat-Durand, 2008, page).

Ainsi, l'une de nos patientes a fait état, lors d'une rencontre avec une assistante sociale de secteur pour une demande d'aide budgétaire suite à la naissance de son enfant, de dettes importantes liées à ses anciennes consommations d'héroïne dont une partie avait cependant pu être remboursée. Cela a entraîné un refus des aides et une discussion autour d'un probable signalement aux services sociaux du fait, à la fois de cette dette de deal mais également du fait qu'elle avait en partie été remboursée alors même que cette patiente ne travaille pas et que son conjoint gagne le SMIC. Le couple était suspecté de dealer pour rembourser ses dettes. Les dettes liées aux consommations sont extrêmement fréquentes chez les anciens consommateurs puisqu'elles sont souvent importantes et longues à rembourser. Par ailleurs, le remboursement était en fait issu d'un emploi du conjoint de notre patiente exercé « au noir » et qui ne pouvait être mentionné ni valorisé devant l'assistance sociale de secteur. Il n'y avait ainsi aucune prise en compte de la réalité socio-économique des anciens toxicomanes, ni des changements de situation du couple (TSO depuis plusieurs années, stabilisation de la situation socio-économique avant la naissance de leur enfant), et encore moins des mesures de soutien existants autour de cette famille (pendant la grossesse et après la naissance de leur enfant : suivis PMI et CSAPA renforcés) ni de leur adhésion et participation active à ces mesures. En effet, le conjoint de notre patiente était également partie prenante de l'accompagnement proposé. La méconnaissance de ce qu'est et de ce qu'engendre la toxicomanie et les « peurs » et représentations négatives qu'elle génère entraînent des réponses inadaptées. Le risque était également de détruire ce qui avait été construit et notamment les relations de confiance avec les autres institutions « porteuses » dont la structure d'addictologie où elle était suivie et qui avait largement soutenu cette demande d'aide budgétaire.

Malgré une très claire évolution des représentations négatives des professionnels de la périnatalité à propos des femmes enceintes et mères toxicomanes et/ou sous TSO, celles-ci perdurent malgré tout chez certains professionnels. Ainsi, les femmes toxicomanes et sous TSO (il ne semble y avoir que peu de différences de perception par les professionnels entre une toxicomanie active et des femmes stabilisées depuis plusieurs années avec un TSO et sans consommations) sont perçues comme irresponsables, dangereuses pour leur enfant notamment du fait des consommations où le toxique est diabolisé. La maternité représente la vie et la

création alors que la toxicomanie est associée à la mort et la destruction. La maternité est ainsi associée à certaines normes morales attachées elles-mêmes à des rôles, statuts et fonctions sociales que les mères doivent respecter. Ces normes apparaissent d'ailleurs intégrées chez les femmes elles-mêmes, notamment à travers la représentation de « bonne mère » qui peut majorer leur culpabilité et les représentations dévalorisées qu'elles ont d'elles-mêmes. Elles défient en effet les exigences que la société a envers les mères (Luttenbacher, 1997, 1999). Néanmoins, ces normes morales autour de la maternité seraient partagées par tous les groupes de professionnels (maternité et addictologie). L'attitude et le regard que ces derniers portent sur la maternité chez une toxicomane varient en fait selon la conception qu'ils se font de la toxicomanie (Luttenbacher, 1997, 1999) : « Dans notre étude, nous trouvons dans la population des intervenants en toxicomanie l'idée qu'il existe une transmission intergénérationnelle d'une problématique familiale qui serait source de risque pour l'enfant et donc qu'un type de famille amène à un type de déviance. Toutefois, leurs références théoriques les conduisent à avoir une attitude plus nuancée. Leur intérêt se porte plus sur la personne qui fait ce choix, c'est-à-dire la mère. Par ailleurs, ils se défendent généralement d'une approche trop généralisatrice voire réductrice. Les professionnels de la maternité et de la pédiatrie ont, quant à eux, une conception de la toxicomanie qui nous semble plus proche du sens commun. Mais comme le signale Herzlich (1986, p. 162), la pensée médicale se nourrit également du sens commun: les débats médicaux d'aujourd'hui se fondent certes sur les modèles sophistiqués de l'épidémiologie, mais ils se nourrissent aussi des observations des schémas de la pensée collective. Leur attention ici est plus orientée sur l'enfant que sur la mère. » (Luttenbacher, 1999 : 327). Comme nous l'avons déjà souligné précédemment, ces représentations négatives qui perdurent chez certains soignants ont un impact sur la qualité de la prise en charge, sur la demande d'aide de ces femmes et sur l'adhésion au suivi. En parallèle, la croyance des femmes d'être perçues comme de « mauvaises mères », alimentée, à la fois par ces représentations qui perdurent, mais également leurs propres représentations et projections, elles-mêmes alimentées par les représentations véhiculées par la société, représente un frein à la demande d'aide et ne peut qu'alimenter des représentations négatives de la part des soignants.

Nous nous questionnons également sur la mise en résonance chez ces professionnels de la problématique de dépendance centrale dans les addictions mais à laquelle nous sommes tous confrontés. Enfin, nous travaillons aussi sur l'hypothèse selon laquelle la confrontation à la situation du fœtus/nourrisson de mère toxicomane, réactiverait, par projection, des vécus de

détresse propre à chacun, suscitant des angoisses majeures et donc des mesures de rétorsions envers ces « mères indignes »⁶.

Bien entendu, les problématiques budgétaires et le manque de moyens humains et matériels présents dans toutes les structures de soins ne facilitent pas la mise en place de réseaux malgré plusieurs projets et tentatives en Basse-Normandie (projet porté par le réseau de périnatalité Bas-Normand, projet d'un hôpital de jour).

Nous avons connaissance actuellement de deux projets en cours. L'un dans le Calvados et l'autre dans la Manche qui sera présenté ci-après puisque nous en sommes à l'initiative pour partie. Le projet dans le Calvados aurait pour but de proposer une demi-journée de consultations par semaine, dans un lieu fixe, exclusivement réservées aux femmes usagères de drogues et aux femmes en situation de précarité. Elles pourraient ainsi rencontrer les gynécologues, sages-femmes et/ou pédiatres de façon à mener à bien le suivi de grossesse « renforcé » et de préparer le séjour à la maternité et la prise en charge du nouveau-né en cas de SSNN, tout en ayant la possibilité d'être orientées directement vers les addictologues, psychologues et assistantes sociales également présents lors de ces demies journées de consultations. Cela avec toujours pour visée de structurer et d'optimiser la prise en charge transversale et multidisciplinaire (médico-psychosociale) des femmes enceintes/jeunes mères (ou des couples) souffrant de problématique addictive et de leurs enfants.

2.4. Un exemple d'élaboration d'un avant-projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants au CSAPA Presqu'île de Cherbourg

2.4.1. Le CSAPA Presqu'île de Cherbourg

Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) Presqu'île est un centre d'accueil, de consultation et de soins qui prend en charge toute personne présentant un problème d'addiction, ainsi que ses proches. Le CSAPA gère également les traitements de substitution (méthadone) et est un espace relais auprès des médecins généralistes, pharmaciens et intervenants socio-éducatifs. Le CSAPA dépend de la Fondation Bon Sauveur de la Manche. Basé à Cherbourg et Saint-Lô, le CSAPA dispose également d'antennes à Carentan et Coutances.

⁶ Nous développerons cette idée lors d'une communication en août 2018 au Congrès International des Recherches Féministes dans la Francophonie.

L'avant-projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants a été élaboré par l'équipe du CSAPA Presqu'île de Cherbourg et nous-même.

2.4.2. L'avant-projet « PERINATALITE et ADDICTIONS » : Accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants

L'avant-projet est présenté ci-après, tel qu'il a été rédigé par l'équipe du CSAPA Presqu'île et nous-même.



AVANT-PROJET

« PERINATALITE & ADDICTIONS »

Accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères
consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants

CSAPA PRESQU'ÎLE

(Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

« Presqu'île »

Cherbourg (50) - Fondation Bon Sauveur de la Manche

Par

- Mme Anaëlle BAZIRE (psychologue clinicienne, doctorante en psychologie, attachée au CSAPA « Presqu'île » d'octobre 2014 à septembre 2017 par conventions entre la Fondation Bon Sauveur et l'Université de Caen Normandie, dans le cadre de la thèse),
- Mme Sylviane BIENVENU (assistante sociale),
- Mmes Valérie JASPART et Marie-Bernadette DOUCET (infirmières),
- Dr Catherine DURAND (Psychiatre addictologue, médecin-chef de pôle)
- Dr Gersende DAISY (interne de psychiatrie)

*«La meilleure façon d'aider l'enfant de mère toxicomane, c'est d'abord d'aider
la mère »*

(Kendall SR (Baltimore) - http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_V140208.pdf)

TABLE DES MATIÈRES

1 / GENESE ET HISTOIRE DE L'AVANT-PROJET	246
2 / OBJECTIFS PRINCIPAUX	247
3 / EPIDEMIOLOGIE.....	248
4 / CONTEXTE SOCIETAL DE L'AVANT-PROJET	249
5 / ELABORATION DE L'AVANT-PROJET	252
5-1 / Référentes de l'avant-projet.....	252
5-2 / Constats à l'origine de l'avant-projet.....	252
5-3 / Une élaboration en plusieurs étapes.....	253
6 / LIENS AVEC LES PARTENAIRES	256
7 / OBJECTIFS DE L'AVANT-PROJET	257
8 / FINALITES DE L'AVANT-PROJET.....	259
9 / ORGANISATION ET MISE EN OEUVRE CONCRETE	260
9-1 / Modalités d'articulation entre les professionnels.....	260
9-1-1 / RÔLE DES MEDECINS REFERENTS DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS ».....	260
9-1-2 / RÔLE DES INFIRMIERES REFERENTES DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS ».....	261
9-1-3 / RÔLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE REFERENTE DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS ».....	264
9-1-4 / RÔLE DE LA PSYCHOLOGUE REFERENTE DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS ».....	266
9-2 / Modalités d'articulation entre les professionnels.....	267
9-2-1 / RÉUNION DE SYNTHÈSE	267
10 / MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT APRES LA NAISSANCE JUSQU'AUX 3 ANS DE L'ENFANT.....	257
11 / MOYENS HUMAINS, TEMPORELS ET MATERIELS.....	270
12 / EVALUATION.....	271
12-1 / Quantitative :.....	271
12-2 / Qualitative :.....	271

1 / GENESE ET HISTOIRE DE L'AVANT-PROJET

Depuis plusieurs années, l'accompagnement de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives (SPA : drogues illicites, Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), alcool, tabac) fait partie des préoccupations et des actions du CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) Presqu'île de Cherbourg.

Plusieurs professionnels ont été sensibilisés ou formés à la problématique et à la prise en charge de cette population (DIU (Diplôme Interuniversitaire) Périnatalité et Addictions, Formation Fédération Addictions « Mères veilleuses et leurs enfants »).

La prise en charge et la place de la famille font par ailleurs partie intégrante de la culture du CSAPA Presqu'île. Ainsi, plusieurs professionnels sont formés et pratiquent la thérapie systémique, ce qui implique une sensibilité à la famille et au couple (médecin référent de l'avant-projet, infirmière référente de l'avant-projet, assistante sociale référente du projet, autres professionnels du CSAPA). L'ensemble de l'équipe présente également une disponibilité et un souci particulier à accueillir (physiquement, matériellement, et psychologiquement) les jeunes parents, les bébés et les jeunes enfants.

Cela a conduit au développement d'un accompagnement spécifique pluridisciplinaire des femmes enceintes au sein du CSAPA, impliquant un partenariat en voie de formalisation avec des structures comme la maternité-néonatalogie de Cherbourg. Si cet avant-projet a fait l'objet d'une communauté de points de vue autour de ces pratiques, il n'a pour autant jamais été formalisé ni validé par l'institution CSAPA. Notre avant-projet a donc pour objectif de pouvoir formaliser et « protocoliser » ces modalités de prise en charge. Cela facilitera les liens avec les autres structures et institutions impliquées dans l'accompagnement de la parentalité.

Par ailleurs, est arrivée dans l'équipe, une psychologue clinicienne doctorante intéressée par cette question, et par notre mode de prise en charge. Mme Anaëlle BAZIRE n'est pas salariée de la Fondation Bon Sauveur mais attachée au CSAPA Presqu'île d'octobre 2014 à septembre 2017 par conventions entre la Fondation Bon Sauveur et l'Université de Caen Normandie, dans le cadre de sa thèse. Son projet de thèse, soutenu par la Région Basse-Normandie (financement de la thèse à 100%), s'articule dans une recherche-action qui a pour but de tenter de soutenir et favoriser les partenariats entre les professionnels des différents champs (addictologie, maternité, périnatalité) qui interviennent auprès des futures et jeunes mères toxicomanes ainsi que de leurs enfants. Cela toujours dans le but de réfléchir et de proposer un accompagnement pluridisciplinaire, global, cohérent et personnalisé à ces femmes.

Mme BAZIRE a également entamé une formation à la thérapie psychanalytique familiale et groupale en Janvier 2017.

Enfin, deux professionnels sont également formés à l'accompagnement au sevrage tabagique.

Parallèlement à l'élaboration de cet avant-projet, les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives ont fait de cette question une de leur priorité. Elle apparaît notamment dans les trois grands axes du plan gouvernemental 2013-2017 (après avoir déjà été évoqué dans les projets 1999-2001 et 2008-2011), relayé par les ARS (Agences Régionales de Santé) et en collaboration avec les différentes associations de prévention, réduction des risques et soins en addictologie. Notre avant-projet rejoint donc aujourd'hui les préoccupations de l'Etat en matière de prise en charge concernant la parentalité, la périnatalité (*définition du Ministère de la Solidarité : Organisation d'une prise en charge globale et continue en amont et en aval de la naissance, de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés*) et les addictions.

Les études et les diverses expériences de partenariat entre réseaux périnatalité et addictologie, ont démontré qu'une prise en charge précoce, pluridisciplinaire, bienveillante et cohérente favorise le lien mère enfant, améliore le pronostic par rapport au développement de l'enfant et réduit le risque de placement.

2 / OBJECTIFS PRINCIPAUX

La **grossesse chez la femme consommatrice de SPA** (drogues illicites, TSO, alcool, tabac) constitue une **priorité de santé publique**. La prise en charge de la future mère ne s'arrête cependant pas à l'accouchement mais doit perdurer. La première année après la naissance est considérée par les spécialistes comme à très haut risque du point de vue addictologique (reprise des consommations notamment) donc la **mise en place d'un accompagnement des parents avec enfants de moins de 3 ans, en lien avec les partenaires du champ de la périnatalité** nous paraît indispensable. L'autonomisation psychique et physique de l'enfant (développement psychomoteur) et les conduites d'opposition inhérentes à son développement autour de 18-24 mois s'avèrent également souvent source de conflits pour la jeune mère en ravivant ses propres problématiques. Cela peut venir perturber les relations mère-enfant. La perspective de la séparation avec l'entrée à l'école s'avère également régulièrement source d'angoisse.

Notre avant-projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et de la parentalité chez les sujets consommateurs de SPA et de leurs enfants est avant tout au service des patientes. Il concerne les femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de SPA (dont les TSO et l'alcool) et leurs enfants jusqu'à l'âge de 3 ans et/ou de l'entrée à l'école (périnatalité).

Nous insistons également sur l'importance d'y **intégrer au maximum le père** qui peut représenter un soutien de la mère et des relations mères-enfants et dont la paternité peut également venir questionner ces conduites addictives. Il s'agira ainsi de proposer un soutien du couple parental. Nous souhaiterions par la suite pouvoir également proposer un suivi de soutien à la paternité.

L'avant-projet s'étend également autour de la **prévention de grossesses non désirées, de la contraception, de la prévention des IST (Infections Sexuellement Transmissibles).**

L'objectif principal de cet accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de SPA et de leurs enfants est de favoriser un accès rapide et adapté à des soins individualisés addictologiques médicaux et psychologiques.

Il s'agit également de **promouvoir les échanges, la concertation, le partage d'informations et des expériences entre les professionnels des champs de l'addictologie et de la périnatalité afin de proposer un accompagnement global, cohérent, continu et coordonné qui limitera au maximum les ruptures de prise en charge, notamment au sortir de la maternité.**

Pour mener à bien ce type d'accompagnement pluridisciplinaire et plurinstitutionnel, il est également indispensable d'engager un travail de formation et d'information auprès des partenaires.

3 / EPIDEMIOLOGIE

Il n'existe aucune donnée épistémologique fine concernant le nombre de femmes enceintes toxicomanes et alcooliques en France. Néanmoins, l'on recense entre 150 000 et 300 000 sujets consommateurs de drogues illicites dont 30% seraient des femmes en âge de procréer (Lejeune, 2007). Les études rendent compte de 2500 à 5000 naissances sous drogues illicites chaque année (Toubiana, 2011). Selon L'INSERM (2001), 5% des grossesses seraient exposées de façon non-anecdotique à l'alcool. On recense ainsi un enfant sur cent, c'est à dire 8000 bébés, souffrant d'ETCAF (Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale) chaque année

et de 700 à 3000 enfants seraient concernés par un SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale) (INSERM, 2001).

Sur les structures ambulatoires du pôle addictologie situées à Cherbourg-en-Cotentin (CSAPA Presqu'île, CCTSAT), les femmes en âge de procréer représentent environ 25% des files actives (450 femmes en âge de procréer sur une file active 1900). 12 femmes enceintes consommatrices d'opiacés ont été suivies en 2016 au CSAPA Presqu'île. Aucun outil statistique ne permet de dénombrer le nombre de parents avec des enfants de moins de trois ans.

Le suivi de femmes enceintes consommatrices d'alcool fait également partie de nos préoccupations. Le présent projet devrait favoriser leur repérage.

→ Nécessité d'avoir un item qui recense les enfants (nombre et année de naissance) des patient(e)s suivi(e)s au CSAPA, de manière à pouvoir repérer les situations relevant de la périnatalité et de manière à obtenir des données statistiques.

4 / CONTEXTE SOCIÉTAL DE L'AVANT-PROJET

La connaissance de la toxicomanie maternelle a conduit, jusqu'aux années 2000, à des placements quasi-systématiques des enfants induits notamment par la méconnaissance des produits et de leurs effets, ainsi que du SSNN (Syndrome de sevrage néonatal). En l'absence de suivi de grossesse, en raison des difficultés de communication avec les mères, de leur méfiance vis-à-vis de ces femmes considérées comme déviantes et comme des « mauvaises mères » de par leur toxicomanie, elles étaient jugées incapables de bien s'occuper de leurs enfants. Du côté des femmes, la méfiance était également de rigueur vis-à-vis des soignants, du fait de la peur du placement de l'enfant et de leur sentiment de culpabilité ainsi que du regard négatif et stigmatisant qui pouvait leur être renvoyé (Chanal & al., 2014 ; Weil & Reichert, 2014).

De nombreux travaux ont par la suite mis en évidence que la toxicomanie maternelle ou parentale ne pouvait être à elle seule un motif de séparation des enfants de leurs parents. Elle représente un facteur de risque, parmi d'autres, susceptible de conduire à des mauvais traitements. La consommation de toxiques doit être combinée à d'autres facteurs comme la précarité, la délinquance, la prostitution ou un problème de santé mentale pour conduire à un signalement aux autorités judiciaires (Simmat-Durand, 2008).

Le pronostic obstétrical et pédiatrique de ses grossesses, considérées « à risques » médicalement parlant, dépend du nombre et de la nature des produits consommés et du style de

vie (chaotique ou non). Dans la mesure où les femmes toxicomanes sont le plus souvent poly-consommatrices, l'analyse des effets de chaque produit sur l'enfant doit également être relativisé. Ce pronostic est d'ailleurs **largement amélioré avec une prise en charge par une équipe bien formée, cohérente et chaleureuse au sein d'un réseau de périnatalité-addictions** (Lejeune, 2014). **Le pronostic cognitif et social des enfants de mères toxicomanes est par ailleurs essentiellement corrélé à la qualité et à la stabilité de leur environnement (relations parents-enfant, style de vie familial, séparations)** (Lejeune, 2014). Les troubles des interactions précoces des mères toxicomanes avec leur bébé sont non seulement dues à des « interactions négatives entre une mère perturbée et un nouveau-né en souffrance, mais aussi et surtout à des modalités inadaptées de prise en charge par les équipes obstétrico-pédiatriques » (Lejeune, 2014). De même, une prise en charge bienveillante et adaptée de la mère et de l'enfant améliorera le pronostic concernant le développement des enfants de mère ayant eu un problème d'alcool pendant la grossesse.

La grossesse représente par ailleurs une **période propice aux changements pour la femme usagère de drogues du fait des remaniements psychiques potentiellement en jeu, et cela d'autant plus, si elle est soutenue par les professionnels.**

Pour dépasser ces difficultés, **la prise en charge doit évoluer à travers notamment le développement de modalités d'accompagnements intégrant tous les professionnels amenés à assurer le suivi des futures mères.** Les **fonctionnements en réseaux** ont ainsi vu le jour, associant services d'addictologie (Unités d'Addictologie, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)), professionnels de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie, centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), intersectoriel et éventuellement services de psychiatrie et/ou de pédopsychiatrie).

De nombreux exemples de prises en charge pluridisciplinaires des femmes enceintes et mères toxicomanes et de leurs enfants impliquant plusieurs partenaires de l'addictologie et de la périnatalité éclosent dans la littérature. Ils sont notamment repris, de même que l'ensemble des « bonnes pratiques » et recommandations en matière d'accompagnement des femmes enceintes usagères de substances psychoactives et de leurs enfants, dans le « Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse » (Respadd, 2013) ou sur le site de la Fédération addictions (base d'actions spécifiques femmes).

Ce type d'accompagnement a eu pour effets, dans les lieux où il était mené, de **favoriser très largement l'adhésion des femmes au suivi proposé** (notamment grâce à une attitude non-jugeante des soignants). Ce dispositif a également amené à une **augmentation de**

la visibilité des patientes toxicodépendantes dans les services de maternité, à une plus grande participation des pères, à une large diminution des risques obstétricaux (prématurité notamment) et à une nette diminution des placements ou séparations mère-enfant (Chanal & al., 2004 ; Lejeune & al., 1997 ; Lejeune & al., 2004 ; Lejeune & al., 2006 ; Mazurier & al., 2000 ; Michel & al., 2008 ; Mils & al., 2014). Il a ainsi permis **d'améliorer considérablement le pronostic périnatal des femmes et de leurs enfants (Lejeune, 2007). Nous partageons ce constat de part notre expérimentation de ce type d'accompagnement.**

Notre avant-projet tente ainsi de répondre à ces mêmes objectifs.

De telles modalités d'accompagnement en réseaux pluridisciplinaires des femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes correspondent aux préconisations des politiques publiques (Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n 2007-203 du 16 mai 2007, annexe 5 ; Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, 2008-2011 ; Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2013-2017). Cela s'inscrit également dans les lignes directrices de l'ARS Normandie (PRS 2017).

Il n'existe aucun réseau ou partenariat formalisé de ce type dans l'Ouest Normand (Ex Basse Normandie).

Le regard non-jugeant et valorisant porté par les professionnels sur les femmes dans leur rôle de mère s'avère essentiel sur le regard qu'elles-mêmes vont porter sur leur enfant, sur elles-mêmes en tant que mère, et sur la relation entre eux.

5 / ELABORATION DE L'AVANT-PROJET

5-1 / Référentes de l'avant-projet

L'élaboration de ce projet est portée par :

- Dr Catherine DURAND, psychiatre addictologue et thérapeute familiale et Dr Gersende DAISY (interne de psychiatrie, mémoire et thèse de médecine centrés sur la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de SPA).
- deux infirmières du CSAPA Presqu'île Mmes Valérie JASPART et Marie-Bernadette DOUCET, également thérapeute familiale;
- Mme Sylviane BIENVENU, assistante sociale;
- Mme Anaëlle BAZIRE, psychologue clinicienne conventionnée dans le cadre de sa thèse, doctorante en psychologie ;

5-2 / Constats à l'origine de l'avant-projet

L'élaboration de cet avant-projet repose sur plusieurs observations :

- Le temps de la grossesse est limité tant sur le plan physique que plan psychique, d'où la nécessité d'une **réactivité** des intervenants de façon organisée, coordonnée et « protocolisée » tout en gardant la souplesse nécessaire à une prise en charge qui reste individualisée en répondant aux besoins de la patiente ;
- Nécessité d'une **validation en interne** afin que cet avant-projet constitue véritablement un **projet d'équipe**. Le « protocole » constitue un cadre de référence pour chacun des membres de l'équipe, tout comme le « protocole méthadone » ;
- Nécessité de **théoriser nos pratiques** et de préciser leurs fondements et les références législatives, médicales et sociales sur lesquelles elles s'appuient ;
- Nécessité de **formaliser notre pratique pour pouvoir la communiquer aux partenaires** et répondre à des appels à projets ;
- Intérêt de travailler avec les **partenaires** en dehors de situations d'urgence ;

- Nécessité d'**échanger avec les partenaires** sur leurs propres pratiques afin d'**adapter nos modalités d'accompagnement spécifiques** en respectant les rôles de chacun.

5-3 / Une élaboration en plusieurs étapes

L'élaboration de ce projet s'est déroulée en plusieurs étapes.

○ **1ère étape : Réflexion autour de l'intérêt et de la mise en oeuvre de cet avant-projet au sein du CSAPA Presqu'île de Cherbourg**

Des réunions mensuelles ont eu lieu d'Avril 2015 à Septembre 2016 en présence de l'ensemble des professionnels référents de cet avant-projet projet (Mmes JASPART, DOUCET, BIENVENU, BAZIRE et le Dr DURAND) afin de réfléchir sur l'intérêt d'un tel proje, de reprendre ce qui était déjà fait au CSAPA quant à la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de SPA et de réfléchir à la pertinence d'un accompagnement spécifique des femmes enceintes et mère consommatrices de SPA et de leurs enfants.

Il s'agissait ensuite d'inscrire cet avant-projet dans les pratiques du CSAPA et dans les « bonnes pratiques » recommandées par la MILDECA, Direction générale de la santé, Direction générale de la Cohésion sociale – Service des Droits des femmes et de l'Egalité entre les femmes et les hommes, ARS. L'avant-projet répond aux recommandations en termes de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et de la parentalité chez les sujets consommateurs de SPA et de leurs enfants (périnatalité).

Il s'agissait ensuite de formaliser les rôles de chaque professionnels du CSAPA référents de l'avant projet et référents des patientes (médecin, infirmière, psychologue, assistante sociale).

Cette étape a inclut en temps de rédaction d'une première version de l'avant-projet.

○ **2ème étape : Validation de l'avant-projet par l'équipe du CSAPA Presqu'île**

Cette première version a ensuite fait l'objet d'une présentation à l'ensemble de l'équipe du CSAPA fin 2016, afin de le valider en interne. L'avant-projet a ainsi été complété, réajusté en fonction des retours de l'équipe et validé. Cela a conduit à une nouvelle phase de rédaction.

○ **3ème étape : Proposition d'échanges autour de cet avant-projet avec les femmes et mères suivies au CSAPA Presqu'île**

Une rencontre en groupe a par la suite été proposée aux femmes et mères

consommatrices de SPA suivies au sein de la structure afin d'échanger sur cet avant-projet. Il s'agissait d'avoir un retour des principales concernées dans le but de vérifier la pertinence de l'avant-projet dans la réponse aux besoins de cette population pour sa mise en œuvre concrète et en vue d'adapter notre proposition d'accompagnement spécifique aux plus près de leurs besoins et de leurs demandes ainsi pris en compte.

Malgré un accord de principe de plusieurs femmes et mères intéressées par ce projet, aucune n'était présente pour en échanger, en groupe, aux dates proposées. Après coup, nous pensons à proposer d'autres modalités de rencontre pour recueillir leur avis. En effet, il est probablement plus difficile pour ces femmes et mères de s'exprimer sur leurs expériences face à un groupe qu'en individuel. Nous avons cependant pu nous appuyer sur les retours d'expériences individuelles issus des précédentes prises en charge de femmes enceintes et jeunes mères ainsi que sur les travaux de Mme BAZIRE.

○ **4ème étape : Echanges autour de cet avant-projet avec les principaux partenaires : maternité-néonatalogie du CH de Cherbourg et PMI des trois territoires de solidarité du Nord Cotentin**

Une proposition de rencontre a ensuite été faite aux partenaires principaux (Maternité-néonatalogie du Centre Hospitalier de Cherbourg et PMI) pour présenter l'avant-projet et échanger sur nos pratiques et difficultés rencontrées dans l'accompagnement des femmes, mère et pères consommateurs de SPA.

Il s'agissait également d'échanger autour de l'intérêt de formaliser et accentuer les liens entre institutions pour ces situations qui nécessitent de la réactivité pour un accompagnement le plus précoce possible pendant la grossesse, ce qui favorise l'adhésion de la future mère (famille) aux différentes propositions de soins.

Ces rencontres avaient également pour but d'adapter les modalités d'accompagnement spécifiques en respectant les rôles de chacun et de tenter de répondre aux questionnements des partenaires sur grossesse/parentalité et consommation de SPA.

Ainsi, 3 rencontres entre les référentes de l'avant-projet et les partenaires ont eu lieu :

- Rencontre des sages-femmes de PMI des trois territoires de solidarité du Nord Cotentin le 03/04/2017

Mmes BAZIRE, BIENVENU, DOUCET + Mme LALES (cadre de santé CSAPA)

Mmes BELLANGER, PASQUIER, BONNISSANT, LEFEVRE.

- Rencontre des professionnels de la Maternité-néonatalogie du Centre Hospitalier de Cherbourg le 15/05/2017

Mmes BAZIRE, BIENVENU, DOUCET + Mme LALES (cadre de santé CSAPA)

Mme MATHIS (cadre sage-femme), Mme LEFEVBRE (cadre néonatalogie), Dr PAGES (pédiatre), psychologue, ...

+ Sages-femmes de PMI

- Rencontre des professionnels de PMI des trois territoires de solidarité du Nord Cotentin le 29/05/2017

Mmes BAZIRE, BIENVENU, DOUCET + Mme LALES (cadre de santé CSAPA) + Dr DURAND

Mme PASQUIER (sage-femme), Dr MARIE, Mmes HINARD et PERAUDEAU (puéricultrices) – Secteur Cherbourg-Hague

Mme BELLANGER (sage-femme), Mmes ALAIN, POSTEL, LUCAS, HERVE, HEBERT, LEFEVBRE (puéricultrices), Dr TESSIER (médecin de PMI) – Secteur Cherbourg-Val de Saire

Mme BONNISSENT (sage-femme), Mmes HAMELIN, LECARPENTIER, LECROSNIER, DIGARD, DEPAW (puéricultrices), Dr VELTIN – Secteur Valognes

Mme ROUSSELET (assistante sociale)

Nous avons ainsi réajusté notre avant-projet en fonction des échanges et des informations recueillies. Cela a nécessité un nouveau temps de rédaction en groupe.

○ **En parallèle :**

Mise en place au CSAPA de deux demi-journées d'information (une en février 2016 et une en mars 2016) de sages-femmes de PMI autour de la contraception, du désir et du projet d'enfant.

6 / LIENS AVEC LES PARTENAIRES

Nous avons recueilli une réponse très positive des **partenaires principaux** (maternité-néonatalogie et PMI) que nous avons rencontrés dans le cadre de l'élaboration de cet avant-projet.

Ceux-ci sont effectivement en demande de **poursuivre et d'instituer/formaliser les partenariats, des temps d'échanges et de synthèse autour des situations plus complexes pour proposer un « maillage serré » et adapté au cas par cas.**

Les partenaires soulignent également leur souhait et leur **besoin d'informations et de formations concernant la prise en charge de cette population, tant du point de vue médical que social ou psychologique, ainsi que de leurs enfants** (prise en charge du syndrome de sevrage néonatal, culpabilité de la mère +++, gestion du secret des consommations ou du TSO face à l'entourage, ...).

Enfin, les partenaires sont en **demande d'informations/formations sur la pathologie addictive** (comment repérer, orienter, communiquer avec les femmes consommatrices de SPA, ...).

Nous insistons également sur **l'importance de connaître les différents partenaires pour orienter aux mieux les patientes.**

Ainsi, **l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de SPA et de leurs enfants implique des liens étroits avec les professionnels des autres disciplines amenés à accompagner cette population également.**

Les partenaires principaux, avec lesquels nous sommes déjà en lien pour certaines situations, sont la maternité-néonatalogie du Centre Hospitalier de Cherbourg et la PMI des trois territoires de solidarité du Nord Cotentin. A ceux-ci s'ajoutent toutes les structures qui interviennent au niveau de la périnatalité et de la parentalité, à savoir :

○ **Partenaires pendant la grossesse :**

PMI, Maternité (pédiatre, gynécologue, équipe soignante, assistante sociale, psychologue), TISF, Centre de planification, médecin traitant, sages-femmes libérales, gynécologues libéraux, ELSA, Unité d'hospitalisation en addictologie, pharmacies, services judiciaires, pédopsychiatrie-psychiatrie.

○ **Partenaires de la naissance aux 3 ans de l'enfant :**

PMI, Relais parental, Petits Pas, haltes garderies, crèches, assistantes maternelles, médecin traitant, TISF, pédiatres libéraux, pédiatrie, néonatalogie, pédopsychiatrie-psychiatrie, puéricultrices, CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), assistantes sociales de secteur/service social de secteur, ELSA, pharmacies, CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), Maison parentale Pauline Rolland, services judiciaires, équipes éducatives (ASE (Aide Sociale à l'Enfance), AEMO, SAPMN (Service d'adaptation progressive en milieu naturel (AJD)).

7 / OBJECTIFS DE L'AVANT-PROJET

L'objectif de l'accompagnement spécifique pluridisciplinaire des femmes enceintes et mères consommatrices de SPA et de leurs enfants est de proposer une **approche pragmatique et personnalisée mettant l'accent sur l'adhésion et la participation active de la femme au suivi individualisé proposé, d'autant plus importantes que la proposition de suivi aura été précoce, avec la prise en compte de ses besoins et de ses désirs**. Ce suivi se traduit par l'évaluation des besoins et des risques bio-psycho-sociaux avec un plan de soutien adapté, la réduction des risques sanitaires (mise en place du traitement de substitution notamment) et sociaux liés notamment aux consommations, l'intégration sociale de ces femmes, le soutien à la parentalité et le soutien aux relations précoces mère(-père)-enfant, la protection du nouveau-né et la participation active du père si elle est possible. Cela toujours en lien avec les partenaires de la périnatalité qui doivent ainsi adopter une approche commune ou « partagée » des soins.

Il s'agit à la fois de **favoriser l'accès et la continuité des soins en proposant un accompagnement global, coordonné et cohérent dès le début de grossesse (ainsi qu'en période préconceptionnelle)** mais également en **préparant la sortie de la maternité et le retour à domicile avec le maintien d'un suivi médico-psycho-social en fonction des besoins de la famille**. L'on sait en effet que la **précocité de la prise en charge est plus souvent garante d'une adhésion renforcée de la femme aux propositions de soins et à l'investissement dans le suivi**.

Cela implique une posture bienveillante et non-jugeante sans cependant être dans un non-positionnement à l'égard des risques encourus pour la mère et/ou le bébé.

- **Information et formation des professionnels extérieurs au CSAPA**

Du fait de la problématique de dépendance et des éventuelles comorbidités et fragilités présentées par les patientes, il y a nécessité d'une vigilance accrue et d'un travail de partenariat entre les professionnels afin d'assurer une prise en charge cohérente, soutenante, bienveillante et engagée auprès de la mère (des parents) et du bébé.

La spécificité de la prise en charge nécessite donc des actions **d'information et de formations des professionnels** afin également **d'améliorer le repérage et l'orientation des femmes**.

Cela implique également un accompagnement et un soutien des professionnels « relais » par les professionnels du CSAPA autour des questions addictions et parentalité. Le CSAPA représenterait ainsi un « lieu-ressource » pour les partenaires.

Le travail en réseau permet également un soutien inter-professionnel face à des situations parfois lourdes et intenses émotionnellement.

- **Prévention et information** auprès des patient(e)s consommateurs de SPA en âge de procréer : Travail en lien avec centres de planification par exemple avec l'organisation de temps d'intervention au CSAPA (ex info contraception).
- **Favoriser et préserver des liens de confiance** entre la **patiente/le couple et professionnels du CSAPA**, et entre la **patiente/le couple et les nouveaux professionnels** intervenant autour de la situation.
- Développer un savoir-faire dans les consultations périnatales et dans le soutien aux liens entre les (futurs) parents et le bébé, les professionnels du suivi de la grossesse, les professionnels de la petite enfance, et les autres acteurs de soins (médecin généraliste, gynécologue, CSAPA).
- Intégrer aux pratiques de l'ensemble de l'équipe du CSAPA les informations et interventions des sages-femmes de PMI afin d'aborder plus amplement la sexualité, la contraception ou encore le désir d'enfant avec les patient(e)s et la prévention des IST (VHC, VIH).
- **Etre à l'écoute de l'évolution des pratiques dans ce domaine** (formations, colloques)

L'actualisation continue de nos connaissances dans ce domaine qui ne cesse d'évoluer du fait d'un intérêt grandissant pour le sujet est indispensable. Il est en effet nécessaire que nous soyons nous-mêmes au fait des dernières études et des connaissances actuelles, concernant l'ensemble des SPA (dont l'alcool, cannabis, médicaments psychotropes) et leurs spécificités pendant la grossesse notamment, pour pouvoir former les partenaires.

- **Faire remonter les besoins et difficultés de la population rencontrée au niveau des instances concernées** (ARS, MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), Fédération Addiction, GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions), ...)
- **Participer aux réunions sur la parentalité organisées par des partenaires** (ex Atelier santé ville en 2016 (A. BAZIRE et S. BIENVENU))

L'objectif principal reste l'autonomisation de la patiente dans sa parentalité tout en maintenant son investissement dans le soin en addictologie.

8 / FINALITES DE L'AVANT-PROJET

- Prévenir le risque de rupture/séparation mère-enfant
- Travailler à l'élaboration des modalités du placement quand celui-ci ne peut être évité afin de soutenir le lien parent-enfant
- Prévenir le risque de maltraitance
- Prévenir les risques de troubles du développement psychoaffectif de l'enfant (liés aux effets des consommations de la mère pendant la grossesse (prématurité, SAF, troubles liés à l'alcoolisation fœtale (première cause de retard mental non-génétique et évitable, ...) et/ou à l'environnement de vie
- Améliorer les passerelles avec les services spécialisés auprès des enfants (CMPEA, CAMSP) pour faciliter leur orientation et leur prise en charge
- Prévenir les grossesses non désirées et le risque d'IST (Infections Sexuellement Transmissibles)
- Améliorer le pronostic périnatal des femmes et de leurs enfants
- Contribuer à l'amélioration des conditions de vie et à un environnement plus sûr

9 / ORGANISATION ET MISE EN OEUVRE CONCRETE

La mise en place concrète de ce projet met en jeu plusieurs acteurs du CSAPA : médecin référent de l'avant-projet et autres médecins addictologues de la structure, infirmières référentes de l'avant-projet et autres infirmiers de la structure, assistante sociale référente de l'avant-projet et psychologue référente de l'avant-projet, selon les modalités présentées ci-après.

L'accompagnement proposé restera bien évidemment adapté et adaptable à chaque situation en fonction du projet thérapeutique individualisé.

9-1 / Modalités d'articulation entre les professionnels

9-1-1 / RÔLE DES MEDECINS REFERENTS DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS »

- Prise en charge des nouvelles patientes non-connues du CSAPA
- Participation/animation des temps de formation et information intra et extra-CSAPA
- Articulation du médecin référent de l'avant-projet « PERINATALITE ET ADDICTIONS » avec le médecin référent CSAPA de la patiente (concerne les patientes déjà accompagnées par un médecin au CSAPA) et le médecin de liaison du Centre Hospitalier de Cherbourg (ELSA - Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie).

Concerne tous les médecins du CSAPA référents de patientes enceintes :

- Mise sous traitement – réévaluation du traitement en lien avec le prescripteur initial
- Evaluation du traitement au cours de la grossesse
- Information raisonnée et raisonnable sur les effets délétères des produits psychotropes (héroïne, cocaïne, cannabis, alcool, ...)
- Information concernant le traitement de substitution et les traitements psychotropes pendant la grossesse aux médecins généralistes et gynécologues
- Suivi bi-mensuel en alternance avec l'infirmière référente maternité
- Participation aux synthèses « PERINATALITE & ADDICTIONS »

9-1-2 / RÔLE DES INFIRMIERES REFERENTES DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS »

Concerne :

- **l'infirmier(e) référent(e) de la patiente** déjà suivie au CSAPA (si l'infirmier(e) souhaite accompagner la patiente pendant sa grossesse)
- **l'infirmière référente de l'avant-projet « PERINATALITE ET ADDICTIONS »** s'il s'agit d'une nouvelle patiente inconnue du CSAPA ou si l'infirmier(e) référent(e) ne souhaite pas accompagner la patiente pendant le temps de la grossesse
- L'infirmière référente de l'avant-projet « PERINATALITE ET ADDICTIONS » prend le relais du suivi lors de l'absence (congés, arrêt maladie) de l'infirmière référente de la patiente. Le relais est pensé en amont lors des réunions bi-mensuelles.

9-1-2-1 / L'entretien infirmier d'accueil :

- Recueil de la **demande**
- Evaluation sur le désir de la patiente de maintenir ou non la grossesse
- Recueil d'informations sur :
 - les **consommations en cours** et consommations **depuis le début de la grossesse** (*cocaïne, héroïne, amphétamines, cannabis, alcool, tabac, autres substances psychoactives*).
 - les **traitement(s) en cours** (prescrits ou non prescrits : *TSO, traitements psychotropes et autres traitements*).
- les **interlocuteurs privilégiés** de la patiente :
 - Médecin généraliste ?
 - Médecin gynécologue obstétricien ?
 - Sage-femme ?
 - Autres intervenants : psychiatre, addictologue, assistante sociale, puéricultrice... ?
- les antécédents de fausses couches, IMG (Interruption médicale de grossesse), IVG (Interruption volontaire de grossesse)
- **Analyse urinaire**
- **Prise de contact avec un médecin prescripteur**, en vue de la mise en

place d'un **TSO** (Traitement de Substitution aux Opiacés) **en urgence si patiente consommatrices d'opiacés et non substituée**. Ou pour réévaluation de la prescription au regard de la grossesse si patiente déjà substituée.

- Dans la mesure du possible, **délivrance quotidienne au centre durant, au minimum, la première semaine de l'initialisation** (afin d'évaluer les effets du traitement et ajuster la posologie).
- **Accompagnement, si nécessaire, au sevrage tabac et/ou alcool**

- **Informations** données à la patiente sur :
 - Les **TSO pendant la grossesse** (*ne pas diminuer, ne pas arrêter...*).
 - **L'impact des substances psychoactives sur l'enfant et sur la grossesse** (*cocaïne, héroïne, amphétamines, cannabis, alcool, tabac, autres substances psychoactives*).
 - Les effets des autres traitements

- **Présentation succincte du déroulement de l'accompagnement**, avec annonce du cadre de l' « accompagnement spécifique des femmes enceintes » suivies au CSAPA

- **Accompagnement IVG/IMG**

9-1-2-2 / Les entretiens infirmiers post-initialisation :

- **Evaluation** de la mise en route du traitement (*symptômes de sevrage physique...*) et/ou du sevrage alcool et/ou tabac.
- **Présentation de « l'accompagnement spécifique des femmes enceintes »**, avec :
 - Etablissement du **planning de rdv infirmiers bimensuels minimum et médicaux bimensuels souhaitable, mensuels minimum**
 - Planification d'une rencontre avec **l'assistante sociale du centre**.
 - Présentation systématique de la **psychologue référente de l'avant-projet « PERINATALITE ET ADDICTIONS »** (sauf si la patiente a déjà un suivi psycho).
 - Proposition de **rencontrer le futur père**
- Organisation d'une **rencontre avec la « cadre sage-femme référente grossesse et**

addiction » de la maternité (Mme Lefèvre, Mme Mathis, Mme Bellanger), avec accompagnement de la patiente et éventuellement du futur père à ce rdv.

Il est primordial de respecter le choix initial de la patiente par rapport à son suivi (premier contact avec la PMI ou le CSAPA par exemple) et de coordonner nos actions (visite de la maternité par exemple qui sera alors soutenue par la PMI ou la CSAPA selon le choix initial de la patiente).

- **Point sur le suivi obstétrical.** S'assurer :
 - Que le **diagnostic de grossesse** est confirmé et la grossesse **datée**.
 - Du **choix d'un professionnel qui assurera les consultations prénatales mensuelles** : médecin généraliste, gynécologue-obstétricien libéral, gynécologue-obstétricien de la maternité, sage-femme de PMI ou libérale (*La consultation médicale du 9^{ème} mois se fait obligatoirement à la maternité du lieu d'accouchement*).
 - Du **choix d'un médecin qui effectuera les échographies** (*en libéral, ou à la maternité*) :
 - 1^{ère} vers 12 SA (semaines d'aménorrhée)
 - 2^{nde} vers 22 SA
 - 3^{ème} vers 32 SA
 - Du **choix d'une sage-femme** qui effectuera l'entretien prénatal précoce et les cours de préparation à la naissance : sage-femme libérale, ou sage-femme à la maternité, ou de préférence sage-femme à la PMI (*l'entretien prénatal précoce s'effectue idéalement au premier trimestre de la grossesse*)
 - De la programmation de la **consultation anesthésiste à 32 SA**.

Avec, si besoin, **accompagnement physique de la patiente** à ces divers rendez-vous.

9-1-2-3 / Séjour à la maternité

- **Visites systématiques à la maternité après la naissance**
- **Lien avec les équipes de maternité et de néonatalogie**
- Réévaluation du traitement de substitution
- Soutien psychologique (baby-blues)
- **Relation avec la famille et surtout le PERE**

9-1-2-4 / Retour au domicile

- **Evaluation de la situation et des besoins**, en lien avec l'assistante sociale du CSAPA et avec les partenaires/relais extérieurs
- **Evaluation du traitement de substitution**
- **Soutien psychologique** avec une attention particulière portée sur les troubles de l'humeur
- **Plan sanitaire (contraception, rééducation périnéale, ...)**
- **Visites à domicile** : seront proposées en fonction des situations, quelquefois à deux (infirmière référente et/ou assistante sociale et/ou psychologue, ou avec les partenaires impliqués) pour croiser les regards et observer des éléments parfois absents lors des consultations au centre (investissement du logement, relations mère-enfant in situ, environnement et cadre de vie, ...).

9-1-2-5 / Participation aux temps de synthèse « PERINATALITE & ADDICTIONS »

9-1-3 / RÔLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE REFERENTE DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS »

9-1-3-1 / Suivi social

Il repose sur l'évaluation de la situation sur le plan social qui permettra de mettre en place l'accompagnement (social) s'il est nécessaire.

La grossesse chez une femme toxicomane est considérée comme une grossesse à risque, du fait de la consommation de produits toxiques, de la précarité des conditions de vie, du faible suivi prénatal, avec comme enjeu essentiel le devenir de l'enfant à naître et la mise en place du lien mère-enfant.

Il est important de pouvoir être présent au plus tôt dans le déroulement de la grossesse afin d'évaluer au mieux les capacités, les potentiels ainsi que les besoins, et les risques, tant sur le plan sanitaire que sur le plan social, et répondre aux besoins ou inquiétudes éventuels et d'instaurer une relation de confiance.

Sur le plan social, cette évaluation portera sur les besoins et les risques, mais aussi les potentiels, liés à :

- La situation du logement (précaire ou inadapté, dettes de loyer, risque d'expulsion, etc...)
- La situation familiale (présence ou non du père de l'enfant à naître, autres enfants au domicile, relations avec les parents, antécédents de grossesse non suivie, placements antérieurs, signalements, violences intra familiales, ...)
- La situation professionnelle (incidence de la grossesse sur les droits, IJ, congés, déclaration de grossesse ...)
- La situation administrative (accès aux droits sociaux, capacités à se repérer dans les démarches, couverture sociale, transports, ...)
- La situation financière (dettes liées aux consommations, difficultés de gestion, surendettement,..)
- La situation judiciaire (obligations de soins, risque d'incarcération...)
- Le réseau social (suivis en cours, établissement de nouveaux contacts, relais et soutiens possibles...)
- L'environnement (aidants familiaux, situation d'isolement, ...)

Cette évaluation a pour objectifs :

- De favoriser la mise en place concrète de conditions favorables à l'accueil du nouveau-né, d'évaluer la capacité des parents à protéger et prendre soin de leur enfant.
- De permettre la prise en compte des difficultés sociales dans l'élaboration du parcours de soin.
- De repérer ce qui est susceptible de compromettre l'accès aux soins, le suivi de la grossesse, et d'y remédier en mettant en place un accompagnement en cohérence avec le projet de soins.
- D'associer dès que possible les partenaires à la prise en charge, afin qu'ils soient vécus comme une aide et non comme un « contrôle ». Le séjour à la maternité donne par exemple lieu à une information à la PMI, ce qui peut développer des résistances.
- D'échanger sur les représentations que peuvent avoir les parents des « services sociaux », et notre volonté de transparence dans nos écrits et les modalités concernant le partage d'informations.

L'accompagnement se fera sur la base d'objectifs déterminés avec les futurs parents et en lien étroit avec les autres professionnels de la structure. Des visites à domicile peuvent s'avérer nécessaires.

Les échanges avec les partenaires impliqués dans le suivi se feront en transparence ou en présence des intéressés dans un souci d'aide et de soutien à la parentalité.

Le rôle de l'assistante sociale a également pour but de faire évoluer la représentation du professionnel du social pour ce public.

9-1-3-3 / Participation aux temps de synthèse « PERINATALITE & ADDICTIONS »

9-1-4 / RÔLE DE LA PSYCHOLOGUE REFERENTE DE L'AVANT-PROJET « PERINATALITE & ADDICTIONS »

9-1-4-1 / Au près de la patiente

La grossesse et la maternité sont un temps de fragilité psychique qui vient réactualiser des problématiques étroitement en lien avec la problématique addictive notamment la problématique de dépendance, les relations précoces avec la mère, souvent marquées par des carences ou de l'envahissement, et les différentes étapes de la vie (enfance et adolescence) souvent jalonnées de ruptures, de séparation et de souffrance. La grossesse actuelle peut également réactualiser des grossesses précédentes non-menées à terme (IVG, IMG). Le rôle du suivi psychologique est alors d'autant plus important pour accompagner la femme dans cette période de vulnérabilité et de questionnements.

Il est entendu que le suivi psychologique reste à titre de proposition et qu'il n'est en aucun cas obligatoire.

- Questionnements et réflexion autour de l'histoire de la future mère, l'histoire du couple, l'histoire du projet de grossesse/d'enfant (dont antécédents de grossesses menées à terme, fausses couches, IVG, IMG), les relations aux parents et à la mère (passées et actuelles), les projets concernant ladite grossesse (poursuite ou interruption), la construction intrapsychique d'une image de l'enfant à naître, d'une image d'elle en tant que mère et de leurs relations (en anténatal) si le choix est de mener cette grossesse à

terme, ... ;

- Identification des problématiques spécifiques / éléments de fragilité ;
- Proposition d'accompagnement et de soutien psychologique : pendant et après grossesse (visites à la maternité et/ou au domicile si nécessaire après l'accouchement) ; et dans le cadre d'une interruption (fausse couche, IVG, IMG) ;
- Visites à la maternité et à domicile si besoin.

9-1-4-2 / Auprès de l'équipe « périnatalité »

- Supervision ;
- Participation et supervision des réunions de synthèse « PERINATALITE & ADDICTIONS »
- Lien avec ses collègues psychologues lorsqu'un travail psychothérapeutique est déjà en cours ou en devenir avec la femme enceinte ;
- Prise de notes.

9-1-4-3 /A l'extérieur du CSAPA

- Lien entre les professionnels « spécialisés/référents » et le reste de l'équipe ;
- **Lien inter-équipes** au sein du CSAPA et sur les différentes structures dépendantes de ce dernier ;
- **Lien avec les autres structures de Normandie** concernés par la prise en charge des femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes et/ou sous TSO ;
- **Lien avec les instances gouvernementales/régionales/locales et associations/fédérations concernées.**

9-2 / Modalités d'articulation entre les professionnels

9-2-1 / RÉUNION DE SYNTHÈSE

Objectifs

Les situations prises en charge étant souvent lourdes, préoccupantes, délicates, cela nécessite un indispensable temps d'échange, de réflexion et de prise de distance qui sera favorisé notamment par le rôle de supervision de la psychologue, et permettant une élaboration autour des modalités de prise en charge et d'accompagnement des différents intervenants (CSAPA et autres). L'idée étant de permettre une meilleure communication des informations et des représentations, dans le respect des champs d'intervention de chacun.

Organisation

- **1h00, toutes les deux semaines, créneau fixe**
- Avec les différents **intervenants du CSAPA** prenant en charge la/les patientes concernées (infirmières référentes de l'avant-projet et/ou des patientes, assistante sociale, psychologue-superviseur et le médecin référent de la patiente garant du PTI) ;
 - Si nécessité, et avec accord des intéressés, **invitation des intervenants extérieurs** (PMI : sage-femme ou puéricultrice, assistante sociale de secteur, médecin de PMI, TISF (Technicien d'intervention sociale et familiale) ; en libéral : sage-femme, pédiatre ; maternité ; si besoin AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) et pédopsychiatrie), ... pour permettre l'élaboration autour des modalités de prise en charge ;
 - L'on **associera au maximum les intéressées à leur prise en charge** en les **conviant aux réunions interinstitutionnelles** les concernant et en **transmettant un compte-rendu** écrit ou oral de chaque réunion. L'on **sollicitera au maximum leur participation en respectant autant que possible leurs désirs, souhaits et attentes**. L'accompagnement se fera sur la base d'objectifs déterminés avec les futurs parents et en lien étroit avec les autres professionnels de la structure. Des visites à domicile peuvent s'avérer nécessaires. Les échanges avec les partenaires impliqués dans le suivi se feront en transparence ou en présence des intéressés dans un **souci d'aide et de soutien à la parentalité**.
 - **Prise de notes** à chaque réunion
 - Les situations seront également discutées lors des temps de réunion de synthèse du lundi après-midi (par nécessité de partage d'informations pour la cohérence des prises en charge) dans un désir d'implication et d'attention de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA

10 / MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT APRES LA NAISSANCE JUSQU'AUX 3 ANS DE L'ENFANT

L'accompagnement « PERINATALITE et ADDICTIONS » concerne les femmes enceintes **et favorise l'implication du père**, mais **ne s'arrête pas à la sortie de la maternité**. La mise en place d'un **accompagnement des parents avec enfants de moins de 3 ans**, en lien avec les partenaires du champ de la périnatalité nous paraît indispensable. En effet, les potentialités de reprise des consommations sont majorées. La **première année après la**

naissance étant considérée par les spécialistes comme à **très haut risque du point de vue addictologique**.

La problématique addictive a également pour conséquence chez les patient(e)s, entre autres, des **problèmes de repérage dans le temps**, qui se trouvent majorés du fait de l'arrivée d'un nourrisson. Cela exige une **souplesse** de la part de l'équipe pour s'adapter aux horaires parfois « élastiques » des jeunes mères, d'où, une nouvelle fois, l'importance des **visites à domicile**.

L'autonomisation psychique et physique de l'enfant (développement psychomoteur) et les conduites d'opposition inhérentes à son développement autour de 18-24 mois s'avèrent également souvent source de conflits pour la jeune mère en ravivant ses propres problématiques. Cela peut venir perturber les relations mère-enfant. La perspective de la séparation avec l'entrée à l'école s'avère également régulièrement source d'angoisse.

Ces constats exigent la nécessité de la **poursuite de l'accompagnement après la naissance de l'enfant, durant ses premières années de vie jusqu'à l'entrée en maternelle**. Cela implique également une **attention particulière autour de l'élaboration du lien mère-enfant**, en lien avec les professionnels « **partenaires-relais** ». Cela dans le but d'adapter les propositions de prise en charge à la fois aux demandes/désirs de la mère et du père, et aux besoins observés de la mère et du bébé. Celles-ci seront régulièrement redéfinies en réunion de synthèse, de même que les interventions et rôles de chacun afin d'assurer une continuité et une cohérence de la prise en charge (rééducation périnéale, intervention travailleuses familiales, CSAPA, soutien/accompagnement/orientation par rapport à la contraception, au mode de garde, relais parental, socialisation de l'enfant, alimentation, suivi médical du bébé et de la mère, observation des interactions mère-enfant, repérage des situations à risques, soutien à la parentalité, ...). Il s'agira donc de définir le Projet Thérapeutique Individualisé, de préciser les points à travailler et d'organiser les relais médical et infirmier (au sein du CSAPA, reprise des références antérieures). En effet, en raison de la nature fluctuante de l'usage de drogues psychoactives, il est important de réévaluer le « besoin » et le « risque » à intervalles réguliers.

Cela impliquera également l'observation et l'évaluation de l'humeur, du traitement de substitution et des éventuelles difficultés d'adaptation de la patiente concernant son nouveau rôle de mère, les changements au sein de la famille et du couple, face au bébé et à ses besoins, ... Les professionnels seront particulièrement attentifs à ce que la jeune mère ne délaisse pas pour autant ses autres investissements (administratif, financier, professionnel, ...), au risque de « s'enfermer » dans la relation avec le bébé, où ce qui concerne ce dernier vient occulter la prise en compte de ses propres difficultés et besoins.

L'accompagnement, autant pendant la grossesse qu'après la naissance de l'enfant, implique, si nécessaire, **l'accompagnement physique chez les partenaires** médico-sociaux et des visites à domicile, avec **passation de relais** aux partenaires de la périnatalité inclus le plus tôt possible. Il s'agira au cours de la première année de mettre en place des relais autant que faire se peut avec les partenaires déjà engagés pendant la grossesse pour une **prise en charge pluri-institutionnelle**.

11 / MOYENS HUMAINS, TEMPORELS ET MATERIELS

La prise en charge d'une femme enceinte/jeune mère consommatrices de SPA demande du temps et une grande disponibilité : le nombre de consultations est souvent élevé pour un accompagnement « resserré », notamment pendant la grossesse, le travail de partenariat et de réseau avec les partenaires est indispensable et doit être souple durable et coordonné pour préparer « l'après ». La mise en œuvre concrète de ce projet met en avant la nécessité de temps infirmier, psychologue, assistante sociale et médical supplémentaires, au sein du CSAPA « Presqu'île » de Cherbourg afin de mener à bien nos différentes actions dont notamment l'accompagnement « resserré », coordonné et adapté à chaque situation singulière, les visites à domicile et à la maternité, les temps de réunions internes au CSAPA et avec les partenaires, et les temps de formations (internes et externes), à raison de :

- 0,40 ETP infirmier ;
- 0,30 ETP psychologue (spécialisé périnatalité et addictions) ;
- 0,30 ETP assistante sociale ;
- 0,15 ETP médical.

Il est également nécessaire que nous puissions disposer du matériel adéquat pour accueillir les femmes enceintes, les mères consommatrices de SPA et leurs enfants dans les meilleures conditions (table à langer, jeux d'éveil, ...) et que nous puissions avoir à disposition des tests de grossesse.

Les temps et lieux d'accompagnement seront les mêmes que pour le CSAPA Presqu'île.

12 / EVALUATION

12-1 / Quantitative :

- Suivis de femmes enceintes consommatrices de SPA/an
- Suivis mères/parents consommateurs de SPA-enfant de moins de 3 ans / an
- Suivis conjoints addictologie-périnatalité
- Placements/an
- Temps de formation et/ou d'information à destination des professionnels extérieurs
- Temps de réunion réseau
- Visites à domicile
- Documentation à destination du public concerné (élaboration de documents et d'outils)

12-2 / Qualitative :

- Adhésion des femmes/couples à la prise en charge proposée
- Modalités d'accompagnement mises en place
- Retour des femmes concernant leur prise en charge (et celle de leurs enfants)
- Relation/lien mère-enfant
- Compétences parentales
- Développement de l'enfant – repérage/dépistage des troubles du développement psychomoteur
- Orientation des enfants vers les structures adaptées si nécessaire
- Vécu des professionnels partenaires quant aux prises en charge et difficultés rencontrées
- Implication des usagers du centre dans les actions de prévention-réduction des risques proposées

CONCLUSION

Notre étude touche maintenant à sa fin. Elle avait pour but de répondre à nos questionnements relatifs au processus de maternalité chez la femme toxicomane. Plus précisément, nous cherchions à savoir si les remaniements psychiques potentiels observés pendant la grossesse chez les femmes toxicomanes étaient prédictifs de la qualité du processus de maternalité et de l'investissement de l'enfant après la naissance. Il s'agissait ainsi de savoir si ces réaménagements peuvent résister à la rencontre avec l'enfant réel et œuvrer à l'élaboration de représentations maternelles favorables au processus de maternalité et au progressif investissement objectal de l'enfant.

Nous avons fait le choix d'une méthode longitudinale et qualitative comprenant des entretiens semi-directifs proposés à trois reprises entre le dernier trimestre de grossesse et les un an de l'enfant à des femmes toxicomanes et/ou sous TSO et à des femmes non toxicomanes. Les entretiens ont été complétés par des tests projectifs.

Nous avons ainsi pu répondre à l'ensemble de nos hypothèses qui se sont avérées globalement corroborées.

Avant de conclure sur nos résultats et leurs apports pour la recherche et la clinique, nous souhaitons revenir sur notre choix d'intégrer, en plus de nos sujets addicts, des femmes enceintes sans problématiques addictives et/ou psychiatriques avérées. Le but était de disposer de cas *a contrario* et ainsi de tenter de dégager d'éventuelles spécificités au processus de maternalité chez les femmes toxicomanes. Cela nous a surtout permis de relativiser nos résultats. En effet, en nous appuyant sur l'analyse des femmes non toxicomanes ainsi que sur notre clinique en maternité, nous avons surtout pu repérer des éléments communs à toutes les femmes devenant ou jeunes mères.

Toute femme devenant mère est soumise à la réactualisation de sa propre histoire, et notamment aux processus et conflits qui remontent aux relations précoces avec sa mère, ainsi que des traumatismes qui la jalonnent. Ainsi, nous avons repéré chez tous nos sujets, qu'ils soient ou non toxicomanes, la reviviscence de conflits, fantasmes et angoisses archaïques relatifs à la fusion, l'intrusion, la dépendance, à la passivité-passivation ou encore à la perte, la séparation et l'autonomisation de l'enfant. Ceux-ci, présents pendant la grossesse, peuvent perdurer après la naissance de l'enfant et trouver une voie d'expression dans les représentations maternelles, le comportement de l'enfant ou encore les relations précoces, sans que cela ne

viennent pour autant les envahir. Cela ne remet ainsi pas en question le passage d'un investissement narcissique à un investissement objectalisé de l'enfant, dans une reconnaissance de ses besoins, désirs et caractéristiques propres ni, à priori, son développement psychoaffectif. Les fantasmes archaïques et leur « matérialisation » dans les relations mère-enfant ou dans le comportement de l'enfant sont majorés dans le cas de traumatismes infantiles. L'on peut supposer, sur ce point, que le travail d'élaboration psychique engagé auprès d'un thérapeute pendant plusieurs années a largement contribué au processus de maternalité relativement bien « tempéré » d'une des femmes non toxicomanes ayant été abusée sexuellement dans son enfance. Pour l'autre femme non toxicomane, l'on peut supposer que les grossesses antérieures ont favorisé l'élaboration de certaines problématiques (perte notamment) qui, au fil de son discours, semblent grandement atténuées dans cette dernière grossesse au regard de ce qu'il a pu en être au cours des précédentes. Les précédentes grossesses menées à terme ou interrompues volontairement (IVG) par les femmes toxicomanes et/ou sous TSO (les fausses couches ou les IMG mettent en jeu d'autres problématiques) pourraient également avoir favorisé un processus élaboratif.

En revanche, lorsque la grossesse n'a pu être investie dans sa dynamique transformatrice par les femmes (cela concerne exclusivement les femmes toxicomanes et/ou sous TSO dans notre étude), les problématiques maternelles, envahissantes et désorganisantes pendant la grossesse, le sont tout autant après la naissance de l'enfant, empêchant l'investissement de ce dernier en tant qu'être d'altérité. La confusion et l'investissement narcissique perdurent. La difficulté à tolérer et à intégrer les transformations psychiques et corporelles induites par l'état de grossesse s'articule ainsi à des troubles de la construction de représentations de l'autre en soi et de la capacité à investir l'enfant comme un être différencié reconnu dans son altérité. Les problématiques maternelles ont d'ailleurs moins trait à une préoccupation forte pour l'objet-drogue, malgré une reprise des consommations, qu'à celles ayant probablement conduit au développement de la problématique de dépendance. Ce serait donc moins l'objet-drogue qui perdurerait que la problématique de dépendance qui peut se déplacer sur l'enfant, le conjoint voire sur d'autres formes d'addiction (nourriture). Le recours au toxique pendant la grossesse rend compte, chez ces femmes, de la difficulté pour elles d'intégrer et d'élaborer les mouvements pulsionnels, les reviviscences, les conflits et les remaniements psychiques induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi. Ceux-ci viendraient mettre à mal leur intégrité et leurs assises narcissiques, très fragiles. Le recours au toxique peut également s'opposer au retour d'une temporalité du fait de la grossesse, de la présence et du développement d'un autre en soi conduisant, normalement à la différenciation et donc à la

séparation. Des consommations occasionnelles de drogues, des surconsommations de traitement de substitution et une accentuation des envies de produit sont néanmoins repérées chez toutes les jeunes mères toxicomanes et/ou sous TSO. Celles-ci sont pensées comme défense face à certains conflits en jeu dans le développement de l'enfant (individuation-autonomisation, régression, passivité), face à la culpabilité et, plus généralement, face à la perte.

Par ailleurs, les problèmes de santé des nouveau-nés et l'hospitalisation en néonatalogie sont sources d'affects massifs de culpabilité, d'impuissance et de détresse de la part des jeunes mères, qu'elles soient toxicomanes ou non, du fait notamment de leur sentiment d'avoir été/d'être incapables de protéger et de soulager leur bébé. Cela peut entraîner des craintes à l'égard de l'instauration des liens mère-enfant, des atteintes narcissiques chez les jeunes mères et influencer l'investissement de l'enfant et les relations précoces pendant les premiers mois de vie. Cela disparaît progressivement au fil du temps et plus aisément chez nos sujets non toxicomanes semble-t-il. La crainte d'un syndrome de sevrage néonatal, qu'il ait finalement lieu ou non à la naissance, semble en revanche compliquer l'établissement de relations précoces satisfaisantes notamment par la culpabilité et les représentations dévalorisées des mères toxicomanes et/ou sous TSO.

Nous avons cependant noté une différence importante entre les processus de maternalité des femmes toxicomanes et des femmes non toxicomanes. Effectivement, la reviviscence des problématiques archaïques et parfois traumatiques chez les femmes non toxicomanes n'empêchent pas la (ré)actualisation de problématiques œdipiennes et notamment la rivalité avec la figure maternelle. Ce conflit est très peu présent voire absent chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO. La question de la perte s'avère ainsi toujours prégnante au point d'empêcher toute émergence d'une conflictualité œdipienne malgré une élaboration en cours pour une majorité d'entre elles.

Enfin, concernant plus spécifiquement les femmes toxicomanes et/ou sous TSO, notre étude a également permis de mettre en évidence l'impact de la relation conjugale et du rôle du père de l'enfant auprès du bébé et de la mère, tant sur l'initiation, le maintien, le développement de problèmes liés à l'usage de substances que sur l'arrêt des consommations (ou le passage au TSO) avant, pendant et après la grossesse. Un conjoint perçu comme absent ou qui poursuit les consommations alors même que sa compagne lutte contre ce désir pour le bien-être du fœtus/bébé et s'inscrit dans une plus grande responsabilisation du fait de son nouveau statut de mère ne fait que renforcer ces envies. De même, les conflits conjugaux peuvent favoriser le maintien de la relation fusionnelle mère-bébé. Néanmoins, un père investi auprès du bébé et occupant un rôle de soutien, d'étayage et de contenant autant que de tiers dans la relation mère-

bébé peut également péjorer la relation mère-enfant pour certaines femmes et alimenter une reprise des consommations. Notre hypothèse est que si la mère se sent délaissée au profit de l'enfant et/ou en rivalité dans la fonction parentale et le maternage, si elle se sent remise en cause dans ses propres compétences maternelles, l'investissement paternel s'avère contreproductif.

Ainsi, c'est bien la capacité durant la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant à entrer dans une dynamique élaborative des différentes problématiques et conflits réactivés par les remaniements psychiques et somatiques, mais aussi l'élaboration des mouvements pulsionnels mis en jeu dans le devenir et dans l'être mère, qui favorisent un processus de maternalité « bien tempéré » chez toute femme. Il s'agit de ne pas être débordée ou « envahie » de façon à pouvoir laisser une place pour penser l'enfant pendant la grossesse puis d'être en capacité de régresser et se confronter à l'archaïque sans que cela ne vienne trop la menacer tout en contenant les mouvements pulsionnels et le psychisme en construction du bébé. Cela implique également de pouvoir laisser progressivement une place au tiers paternel et de le penser en tant que tel. La séparation doit pouvoir advenir bien que cela ne se fasse jamais sans ambivalence chez aucune mère. Aucun bébé ne peut être vierge des projections parentales mais cela ne doit pas l'envahir au point de ne pouvoir être pensé et exister en tant qu'Autre-sujet.

La grossesse, en questionnant et réactualisant les relations à l'imgo maternelle, les relations précoces, le processus de séparation-individuation ou encore le conflit narcissico-objectal, est ainsi porteuse d'une potentialité transformatrice favorisant l'investissement libidinal et objectal chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO. Les possibilités d'un tel investissement reposeraient sur la capacité de la femme à progressivement intégrer et élaborer les remaniements somatopsychiques et les mouvements pulsionnels induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi. Nous pouvons penser, dans le cas de nos sujets toxicomanes, que le recours au TSO, signant une tentative de réappropriation subjective et un processus d'auto-transformation favorisant les réaménagements objectaux et l'accès à une parentalité plus affirmée (Rosenblum, 2004, 2006, 2009a, 2015), a par ailleurs favorisé une telle capacité d'élaboration. L'élaboration entamée pendant la grossesse semble se poursuivre en même temps que le bébé se développe par régression et identification. Cela reste malgré tout fragile. La confrontation à la perte et la reviviscence de certaines problématiques infantiles archaïques restent menaçantes et toujours en voie d'élaboration. Nous avons ainsi souligné dans le projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes consommatrices de

substances psychoactives et de leurs enfants, la période d'autonomisation des 18-24 mois comme une période « critique » pour les mères toxicomanes avec reprise des consommations.

Ces observations soulignent la nécessité d'un soutien thérapeutique au cours de la grossesse et qui perdure pendant les premières années de vie de l'enfant, intégré à une prise en charge globale médico-psycho-sociale. Cela afin de soutenir le dévoilement des représentations, fantasmes et conflits liés à son soi-infantile et ainsi les potentialités d'élaboration des problématiques précœdipiennes et de réorganisation psychique de la femme consommatrice de substances psychoactives et/ou sous TSO. Cela favorisant un processus de maternalité « bien tempéré » en limitant la reprise des consommations.

Notre recherche, nous l'espérons, a permis de mieux saisir les enjeux psychiques du processus de maternalité chez les femmes toxicomanes et/ou sous TSO qui ne sont pas si différents de ceux d'une femme non toxicomane mais qui, si les conflits et problématiques restent en souffrance et ne trouvent pas de voie d'élaboration partielle pendant la grossesse, risquent de venir mettre à mal le processus de maternalité et l'investissement de l'enfant reconnu dans ses besoins et ses désirs propres. Nos résultats pourraient par ailleurs servir de pistes de réflexion dans la prise en charge proposée à la population concernée.

Notre étude présente également un intérêt dans son versant « recherche-action » avec l'état des lieux des modalités de prise en charge de la population concernée dans l'Ouest-Normand et l'élaboration du « projet d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants », à la fois dans ses modalités de prises en charge globale, pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle, pour le moment inexistantes dans l'Ouest-Normand, et également dans sa composante de formation des professionnels. Mieux former les professionnels confrontés à cette problématique devrait en effet permettre de mieux prendre en charge les femmes enceintes et jeunes mères toxicomanes d'un point de vue tant médical que social ou psychothérapique.

Les apports de notre recherche ont également trait à l'utilisation des épreuves projectives, en particulier la mise en évidence d'éléments spécifiques à la problématique addictive. Nous complétons ainsi les recherches de Moralès (1986), Roques (2013, 2016), Ravit (2006), ou encore Sinanian (2016). L'on peut notamment souligner l'inhibition qui marque les protocoles des femmes toxicomanes et/ou sous TSO. Les procédés défensifs s'avèrent, au Rorschach comme au TAT, riches et hétérogènes. Tous ne s'avèrent cependant pas opérants face à l'incursion fantasmatique désorganisant mais se révèlent pour le moins efficaces dans

l'évitement du conflit et de la pulsionnalité, dans une négation de la différence et de l'objet. La problématique dépressive domine, envahissant la problématique œdipienne qui ne peut être conflictualisée et élaborée du fait d'une impossible confrontation à l'agressivité/rivalité et au renoncement à l'objet. La problématique des limites, associée à un défaut d'intériorisation, est également prévalente. L'on note néanmoins des potentialités représentationnelles et des capacités d'élaboration transitoires ainsi que la potentialité de fonctionner dans l'aire transitionnelle, pour la majorité des femmes.

Enfin, les apports de notre recherche sont également d'ordre méthodologique avec l'intérêt de l'application de la grille des procédés du discours mise en œuvre pour la cotation du TAT (Bazire, Proia-Lelouey & Johnston, article en révision, 2017) à l'analyse des entretiens cliniques de recherche. Cette méthode vise à donner un support objectif à une analyse qualitative et clinique des entretiens de recherche. Elle constitue une première phase d'élaboration de cette technique et nécessitera, à terme, de construire une grille plus adaptée incluant par exemple certains procédés de la grille de dépouillement des projectifs enfants (en particulier pour tous les éléments non-verbaux et comportementaux). Cette technique pourrait constituer une alternative rigoureuse au recours à des entretiens semi-structurés qui inévitablement assèchent toute la richesse clinique par limitation à des questions/réponses standardisées.

Nous concluons ce travail de thèse sur les pistes que nous souhaiterions explorer par la suite dans d'autres travaux.

Nous cherchions, dans cette étude, à évaluer la qualité du processus de maternité et de l'investissement du bébé en nous centrant exclusivement du côté de la mère et de ses propres représentations relatives à la grossesse, à elle-même en tant que mère, au bébé, aux interactions précoces ou encore à son conjoint. Nous pourrions envisager dans une prochaine étude d'associer à nos méthodes qualitatives, une approche quantitative. Des outils structurés tels que l'entretien « R » (Stern & al., 1989) ou le Tri-de-cartes des comportements maternels (Pederson & al., 1990 ; Fontaine & Bigras, 1996) nous permettraient une évaluation croisée des données concernant l'investissement, la sensibilité ou l'attachement maternel notamment. Cela nous permettrait d'introduire une cohorte plus importante, favorisant les études comparatives.

Par ailleurs, nous souhaiterions poursuivre nos travaux en incluant cette fois le vécu du bébé toujours selon une méthodologie croisée. Des outils quantitatifs permettant l'évaluation du développement psychoaffectif, relationnel et moteur de l'enfant pourraient alors s'avérer

pertinents pour tenter de mettre en lien la qualité du processus de maternalité avec la qualité du développement de l'enfant par exemple ou encore le style d'attachement maternel avec celui de l'enfant. Nous pensons par exemple au test Brunet-Lézine révisé (Josse, 1997) et au Symptom check-list (Robert-Tissot & al., 1989). Ces méthodes quantitatives pourraient être couplées avec des méthodes qualitatives comme la méthode d'observation du nourrisson (Bick, 1963 ; Ciccone & al., 1998 ; Mellier, 2008 ; Mellier, Ciccone & Konicheckis, 2012).

Ces travaux pourraient être un support pour créer des outils de dépistage permettant d'identifier les jeunes mères les plus à risque pour ce qui concerne les troubles de la relation avec leur enfant et/ou une reprise des conduites addictives.

Nous avons également souligné, au cours de cette recherche, l'importance du père, tant auprès de l'enfant qu'auprès de sa compagne, dans le devenir et l'être mère ainsi que dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Nous souhaiterions pouvoir approfondir ces thématiques en incluant également le devenant père dans de prochains travaux. Il s'agirait également de tenter de mieux comprendre le processus de paternalité chez les hommes toxicomanes. Notre revue de la littérature ainsi que les quelques données obtenues à travers le discours des mères toxicomanes de notre présente recherche font écho aux interrogations issues de notre clinique en CSAPA. Le devenir père semble effectivement ouvrir à des questionnements sur la relation au toxique chez les hommes toxicomanes. Cela pourrait dépendre de la place faite au tiers potentiel par la mère.

Enfin, notre étude, bien que prenant en compte des données sur un an et demi, mériterait d'être étendue jusqu'à l'entrée à l'école des enfants. Nous avons effectivement souligné dans notre projet d'accompagnement développé avec l'équipe du CSAPA, et à partir de notre expérience clinique avec cette population, les périodes d'opposition et d'autonomisation de l'enfant (18-24 mois) comme étant des périodes à risque majoré de reprise des consommations de drogues chez les mères. L'entrée en maternelle peut également s'avérer extrêmement difficile pour ces dernières. L'on peut légitimement penser que cela vient directement toucher leur problématique de perte. L'on peut aussi penser que ces périodes seront d'autant plus difficilement vécues par les femmes dont la grossesse et les premiers temps de vie de l'enfant n'ont pas permis une suffisante dynamique de changement et d'élaboration psychique. Cela mériterait néanmoins d'être approfondi.

Se pose également la question du devenir à long terme des enfants d'un point de vue développemental mais également psychoaffectif, en particulier les risques de développer également une problématique addictive.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel-Baki, A & Poulin, M-J. (2004a). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse, *Psychothérapies*, Vol. 24, p 3-9.
- Abdel-Baki, A & Poulin, M-J. (2004b). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. II. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement, *Psychothérapies*, Vol. 24, p 11-16.
- Abraham, N & Torok, M. (1987/2009). *L'écorce et le noyau*. Paris : Broché.
- Ammaniti, M & Candelori, C & Pola, M & Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse : étude des représentations maternelles*. Paris : P.U.F.
- Alvarez, L. (2010). L'ombre des traumatismes périnataux sur les premiers liens, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 53, p 609-638.
- Angel, S. (2004). La fratrie, des liens indestructibles, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 32, p 35-48.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. & al. (1987/2013). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1961/2003). *Les méthodes projectives*. Paris : P.U.F.
- Anzieu-Premmeur, C. (2011). Fondements maternels de la vie psychique, *Revue française de psychanalyse*, 2011, Vol. 75, p 1449-1488
- Apers, S. (2009). Etre parent après l'inceste. *Vocation Sage-Femme*, n°77
- Applegarth, A. (1988). Origins of femininity and the wish for a child. *Psychoanal. Inq.*, 8/2, p 160-176.
- Arbisio, C. (2000). Pendant la période de latence, *Enfances & Psy*, n° 12, p 81-88.

- Arbisio, C. (2013). *Le bilan psychologique avec l'enfant. Clinique du WISC IV*. Paris : Dunod.
- Aubertel, F. (2012). Liens de couple et formes de la parentalité, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 58, p 65-79.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation : Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.
- Bacqué, M.F. (2014). Méthodes projectives et mentalisation : formation et recherche en psychologie clinique psychanalytique avec la fiche de dépouillement du tat de Rosine Debray. *Psychologie clinique et projective*, N° 20, 181-197.
- Barrault, M. (2013). Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes, *Psychotropes*, 2013, Vol. 19, p 9-34
- Bayle, B. (2005). *Enfant à naître, identité conceptionnelle et gestation psychique*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Bayle, B. (2006). *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*. Paris : L'Harmattan.
- Bayle, B. (2008). *Négations de grossesse et gestation psychique, Actes du 1er colloque français sur le déni de grossesse* (sous la direction du Dr. Félix Navarro). (2009). Toulouse : Edition Universitaires du Sud
- Bazire, A. & Proia-Lelouey, N. (2016a). Toxicomanie et grossesse : Enjeux des remaniements psychiques de la grossesse sur la problématique addictive, *Filigrane*, 2016, Vol. 25, p 147-165.
- Bazire, A. & Proia-Lelouey, N. (2016b). Drug addiction in pregnancy: the psychic reorganization of addicted mothers during pregnancy, *The Psychoanalytic Review*, 2016, Vol. 103, n°5, p 649-678.
- Bazire, A, Proia-Lelouey, N. & Johnston, G. (Article en révision, 2017). « Une méthode d'analyse de discours appliquée aux entretiens cliniques de recherche : l'analyse de discours à partir des procédés d'élaboration du discours du TAT (Thematic Apperception Test) », *Revue Psychologie Clinique et Projective*.

- Bell, J. & al. (2002). Substitution therapy for heroin addiction. *Information healthcare*, Vol. 37, N°. 8-10, p 1149-1178.
- Benali, F. (2008). Psychopathologie périnatale en unité des grossesses à haut risque, *Le journal des psychologues*, 2008, n°256, p 64-67
- Benedek, T.F. (1959). Devenir parent : une phase du développement. Une contribution à la théorie de la libido, *Psychiatrie de l'enfant*. (2013). Vol. LVI, 1, p 5-36.
- Benhaïm, M. (2011). *L'ambivalence de la mère. Etudes psychanalytique sur la position maternelle*. Toulouse : Erès.
- Bergeret, J. (2010). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- Bernard-Tanguy, L. (2015). Le bilan psychologique : un acte thérapeutique ?, *International Psychology, Practice and Research*, n°6, p 1 – 12
- Brazelton, B. (1961). Psychophysiologic reactions in the neonate: II. Effect of maternal medication on the neonate and his behavior, *The Journal of Pediatrics*, Vol. 58, p 513-518
- Breil, F & al. (2010). Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique, *Devenir*, Vol. 22, p 133-162.
- Brelet-Foulard, F & Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT, Approche Psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1982). *Toxicomanie et personnalité*. Paris: P.U.F.
- Bergeret-Amselek, C. (1996/2005). *Le mystère des mères*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy, *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 14, p 113-121.
- Bibring, G.L. (1961). A Study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship" as found, *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 16, p 9-24.

- Bick, E. (1963). *À propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs Esther Bick : des surprises profitables*, in Haag, M. (1984), Paris : ouvrage autoédité, p 42-45.
- Bigras, J. (1987). Les effets à court et à long terme de l'inceste père-fille, in AFIREM. (1987). *Enfants maltraités*. Paris : Editions et communications médicales, p 172-187
- Bion, W.R. (1962/1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Blin, D., Soulé, M. & Thoueille, E. (2007). *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*. Toulouse : Erès
- Bloss, P. (1967). *Les adolescents, essais de psychanalyse*. Paris : Stock
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse, *Psychologie clinique et projective*, n° 16, p 9-27.
- Bonnet, C. (1992). Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement. *Psychologie médicale*, vol. 5, p 455-457
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte*. Paris : PUF
- Brazelton, T.B. & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens. L'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Paris : Editions Stock, Laurence Pernoud, Calmann-Lévy.
- Bydlowski, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation, in Lebovici, S. & Weil-Halpern, F. (sous la direction de) (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, p 57-65.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: P.U.F.
- Bydlowski, M. & Candilis, D. (sous la direction de) (1998). *Psychopathologie périnatale*. Paris : PUF.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, *Devenir*, Vol. 13, p 41-52.

- Candilis-Huisman, D. (1998). Repérage des transmissions psychiques maternelles chez le nouveau-né : propositions pour un modèle d'étude, in Bydlowski, M. & Candilis-Huisman, D. (1998). *Psychopathologie périnatale*. Paris : PUF
- Cantos-Jeronne, S. (2008). *Femmes et mères toxicomanes. Contribution à un diagnostic de situation sur le département de la Marne. Etude exploratoire*. Association C.A.S.T. REIMS
- Cassen, M. (1999). Les mères toxicomanes et leurs enfants, un lien fragile, *Interventions*, n°70-71, p 63-67.
- Cassen, M & al. (2004). Maternité et toxicomanies. Enquête Anit/Grrita/Inserm sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants, *Alcoologie et Addictologie*, n°26, p 87-97
- Chabert, C. (1987/1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (2002). Les parents intérieurs, *La psychiatrie de l'enfant*. Vol. 45, p 379-391.
- Chabert, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris : PUF.
- Chabert, C. (2004/2013). *Psychoanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (2012a). Œdipe aux frontières, *Le Carnet PSY*, n° 161, p 32-36.
- Chabert, C. (2012b). Incertitudes œdipiennes, *Revue française de psychanalyse*, Vol.76, p 1623-1631.
- Chabert, C. (2016). Préface, in Roques, M & Hurvy, C. (2016). *Epreuves projectives et recherche en psychologie clinique*. Paris : Editions In Press, p 7-20
- Chabert, D. & Chauvin, A. (2005). Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Vol. 53, p 62-70.
- Chanal, C. (2004). Prise en charge d'une femme enceinte toxicodépendante : accueil en maternité et travail en réseau, *Profession sage-femme*, n°107
- Chanal, C & al. (2014). Grossesse et addictions : mettre en place un réseau de soins personnalisés à partir d'un accueil en maternité, *Revue Médicale Périnatale*, 6, p 168-171

- Chouvier, B. (2008). L'acte symbolique : donner corps au fantasme, in Roussillon, R. & Chouvier, B. (2008). *Corps, acte et symbolisation*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur, p 7-20.
- Ciccone, A. & al. (1998). *L'observation du nourrisson et ses applications*. Toulouse : Erès
- Clot, Y & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail, *Le travail humain*, Vol. 68, p 289-316.
- Cohen-Salmon, J. (2011). Grossesse et toxicomanie : l'objet et la haine, *Enfances & Psy*, n° 50, p 148-156.
- Cohen-Salmon, J. & Missonnier, S. & Marty, P. (2011). Addiction et grossesse: du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 54, p. 433-468.
- Cohier-Rahban, V. (2007). Le psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile, *Dialogue*, n° 175, p 129-147.
- Coleman, E. (1987). Marital and relationship problems among chemically dependent and codependent relationships, *Journal of Chemical Dependency Treatment*, n° 1, 39-59.
- Corcos, M & Flament, M & Jeammet, P. (2003). *Conduites de dépendance, dimensions psychopathologiques communes*. Paris : Masson.
- Cournut-Janin, M. (1998/2008). *Féminin et féminité*. Paris : PUF.
- Courty, P. (2010). Les femmes toxicomanes ! ? Ca n'existe pas ! ?, *Vie sociale et traitement*, n°106, p 71-78
- Cramer, B & Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies brèves mères-bébés. Études cliniques et techniques*. Paris : P.U.F.
- Darchis-Bayart, E. (2004). Bébés monstrueux en gestation, *Imaginaire & Inconscient*, n° 13, p 91-108.
- Delassus, J.M. (2008). *Corps du désir, psychanalyse de la grossesse*. Paris : Dunod.

- Delion, P. (2007). *La fonction parentale*. Bruxelles : yapaka.be
- Delourmel, C. (2013). De la fonction du père au principe paternel, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 77, p 1283-1353.
- De M'Uzan, M. (2004). Addiction et problématique identitaire : le « tonus identitaire de base », *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, p 591-597
- Denis, P. (1997). *Emprise et satisfaction*. Paris : PUF.
- Deutsch, H. (1949/2002). *La psychologie des femmes. Tomes I et II*. Paris : PUF.
- Devault, A., Milcent, M-P & Ouellet, F. (2005). Le sens de la paternité chez de jeunes hommes en contexte de précarité, *Empan*, n° 60, p 58-64
- *Dictionnaire Larousse français*. (2015). www.larousse.fr/dictionnaires/francais
- Diatkine G. (1985). Psychopathie chez l'enfant et chez l'adolescent, in Lebovici, S., Diatkine, R & Soulé, M. (1985). *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, p 225-265.
- Donnet, J-L. & Green, A. (1973). *L'enfant de ça*. Paris : Les éditions de minuit.
- Dugarin, J & al. (2013). Arrêter la méthadone, pour quoi faire ?, *Psychotropes*, Vol. 19, p 9-22.
- Durastante, R. (2011). *Adolescence et addictions: De la crypte familiale au dispositif en tuilage. Approche psychanalytique de la famille et du transgénérationnel*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Ebert, J. (1991). *Un lieu pour les enfants de parents toxicomanes*. Ed. Unité de Coordination Horizons.
- Ebert, J. (1998). *Maternité et toxicomanie*. Mémoire pour le CES de psychiatrie, Université Paris VI.
- Erikson, E. (1972/1978). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.

- Erikson, E. (1974). Ego development and historical study of infantile feeding disturbances, *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 2, p 119 - 132
- Erikson, E. (1959/1980). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press Inc.
- Esquivel, T. (1994). Les enfants de parents toxicomanes, *Revue Documentaire Toxibase*, p 1-15
- Fain M. (1971), Prélude à la vie fantasmatique, *Revue Française de Psychanalyse*, Vol. 35, n° 2-3, p 291-364.
- Fain, M. & Braunschweig, D. (1975). *La nuit, le jour : Essais psychanalytiques sur le fonctionnement mental*. Paris : P.U.F.
- Fain, M. (1981). Approche métapsychologique du toxicomane, in Bergeret, J. (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris : Dunod.
- Faure-Pragier, S. (1998/2005). *Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris : PUF
- Faure-Pragier, S. (2003), Le virtuel, pourquoi ça marche ? Hypothèses psychanalytiques, in Missonnier, S. & Lisandre, H (dir.). (2003). *Le Virtuel : la présence de l'absent*. Paris : EDK, p. 41-58.
- Fédida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression*. Paris : Odile Jacob
- Ferenczi, S. (1933/2004). *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*. Paris ; Payot.
- Fernandez & Pédinielli. (2006). La recherche en psychologie clinique, *Recherche en soins infirmiers*, n° 84, p 41-51.
- Ferraro, F. (1998). *La grossesse et les drogues*. Paris: P.U.F.
- Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol and drug dependent pregnant and parenting women, *Health Social Work*, Vol. 19, p 7–15.

- Fontaine, A. & Bigras, M. (1996). Validation écologique du tri-de-cartes sur les comportements maternels dans un contexte d'observation directe, in Tarabulsky, M. & Tessier, R. (1996). *Le développement émotionnel et social de l'enfant*. Québec : PUQ, p 105-109.
- Franchitto, M & Peyrefort, E & Tellier, G. (2010). *Toxicomanie, femmes enceintes et maternité: une nécessaire évolution de la prise en charge*. www.hopital-marmottan.fr/spip/spip.php?article170.
- Freud, S. (1913/2004). *Totem et tabou*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1914/1997). *Pour introduire le narcissisme. La vie sexuelle*. Paris: PUF
- Freud, S. (1919/1985). *L'inquiétante étrangeté. L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris: Gallimard
- Freud, S. (1920/1996). *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1924/2006). *Le problème économique du masochisme. Œuvres Complètes, XVII*. Paris: PUF.
- Freud S. (1925/1998). *La négation, Résultats, idées, problèmes II*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1927/2004). *L'avenir d'une illusion*. Paris : PUF
- Freud, S. (1930/2010). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Payot
- Fisher, S. & Cleveland, S. E. (1958). *Body image and personality*. Princeton, NJ : Nostrand.
- Fonagy, P & al. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age, *Child Development*, 62, p 891–905.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflexive function : their role in self-organization, *Development and Psychopathology*, n°9, p 679-700
- Garcia, V. (2008). Le couple : espace identitaire à trois facettes, *Dialogue*, n° 182, p 135-144

- Garcia, V. (2011). De quelques fonctions psychiques du couple, *Le Journal des psychologues*, n° 284, p 30-30.
- Gérard, C. (2013). Le père au début de la vie psychique, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 77, p. 1618-1624.
- Gérard, P. (2014). Les addictions entre neurosciences et psychanalyse, *Psychotropes*, Vol. 20, p. 175-196.
- Gerra, G & Maremmi, I & Capovani, B & Somaini, L & Berterame, S & Tomas-Rossello, J & Saenz, E & Busse, A & Kleber, H. (2009). Long-Acting Opioid-Agonists in the Treatment of Heroin Addiction: Why Should We Call Them “Substitution”? . *Substance use and misuse*, n° 44, p 663-671.
- Golse, B. & Rousillon, R. (2010). *La naissance de l’objet*. Paris : PUF.
- Green, A. (1990). Passions et destins des passions, in Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris : Gallimard.
- Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse, *Revue Française de Psychanalyse*. Vol.63, p 1591-1600
- Green, A. (2005). *Jouer avec Winnicott*. Paris : P.U.F.
- Green, A. (2008). La construction du père perdu, in Cupa, D. (sous la direction de) (2008). *Image du père dans la culture contemporaine*. Paris : P.U.F, p 11-49
- Grégoire, M. (2010). Les pères addictés, *Psychotropes*, Vol.16, p 47-56
- Grégoire, M. (2013). Arrêt des traitements de substitution : point de vue clinique, *Psychotropes*, Vol. 19, p 67-81.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (CPLT). (1999). *Avis sur les mères toxicomanes*.
- Groupe Pompidou. (2001). *Grossesse et toxicomanie, état des lieux en l’an 2000*. Editions du Conseil de l'Europe.

- Guédeney, A. & Kreisler, L. (1987), cités dans Breil, F., Ouriel, R. & Le Nestour, A. (2010). Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique, *Devenir*, Vol. 22, n°2, p133-162
- Guedeney, A. (1989). Les troubles de l'endormissement et du sommeil au cours des trois premiers semestres de la vie, in Lebovici, S. & Weil-Halpern, F. (sous la direction de.). (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, p 401-409
- Guedeney N. & Guedeney A. (éds). (2009). *L'Attachement : approche théorique*. Paris : Masson
- Guéguen, C & al. (2016). Indifférenciation sexuelle conjugale et confusion des rôles parentaux chez des sujets toxicomanes sous substitution, *Dialogue*, n° 212, p 39-50.
- Gutton, P. (1984). Pratiques de l'incorporation, *Adolescence*, 1984, Vol. 2, n°2, p 315-334.
- Gutton, P. (1997). Pratiques de l'incorporation », in Gutton, P. (1997). *Sexualités*, Paris : Editions GREUPP « Adolescence », p. 165-188.
- Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère*. Paris : P.U.F.
- Guyon, L & De Konink, M & Morissette, P & Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Guyon, L & De Koninck, M & Morissette, P. (2003). L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives, *Recherches féministes*, Vol. 16, p 107-137
- Hachet, P. (1996). *Les toxicomanes et leurs secrets*. Paris : Les belles lettres.
- Hachet, P. (2005). La toxicomanie : du corps troué aux intrusions psychiques. *Imaginaire & Inconscient*, n° 16, p 67-75.
- Haesevoets, Y-H. (2008). Les enfants de parents toxicomanes : du désir d'enfant au risque de la parentalité, in Haesevoets, Y-H. (2008). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence*. Paris : De Boeck, p 111-150

- Heinrich-Leget, C & Jacob, C. (2009). Derrière le masque de la toxicomanie. Une modalité particulière de prise en charge institutionnelle, articulation entre théorie et clinique. *Psychotropes*, Vol. 15, p 95-120.
- Houzel, D. (sous la direction de) (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherche en soins infirmiers*, n° 102, p 23-34.
- Jeammet, P. (1991). Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie, in Jeammet, P. (1991). *La Boulimie, Monographies de la Revue française de psychanalyse*. Paris : PUF, p 81-104
- Jeammet, P. (1994). Adolescence et processus de changement, in Widlöcher D. & al. (1994). *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF.
- Jeammet, P. (1997). La violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration, *Adolescence*, Vol. 15 , p 1-26
- Jeammet, P. (2005). Adolescence et dépendance. *Psychotropes*, Vol. 11, p 9-30.
- Jeammet, P & Corcos, M. (2005). *Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Paris : Broché
- Josse, D. (1997). *Brunet-Lézine révisé : échelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Issy-les-Moulineaux : EAP.
- Joubert, C. (2003). Les fonctionnements régressifs du lien de couple, ou du collage à la rupture, *Dialogue*, n° 161, p 105-117
- Kaës, R. (2008). Le complexe fraternel archaïque, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 72, p 383-396.
- Kestemberg, E. (1962). L'identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques, *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 5, p 441-522.
- Kestemberg, E. (1981). *Autrement vu : Des psychanalystes observent les relations mère-enfant*. Paris : PUF.

- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1974/1992). *L'enfant et son corps : étude sur la clinique psychosomatique du premier âge*. Paris : P.U.F.
- Kreisler, L. (1981). *L'enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse : Privat.
- Kreisler, L. & Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, n°24, p 223-263
- Kreisler, L & Cramer, B. (1985/2004a). Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson, in Lebovici, S. & al. (sous la direction de). (1985/2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tomes II et III*. Paris : PUF, p 1927-1962.
- Kreisler, L & Cramer, B. (1985/2004b). Les bases de l'organisation psychosomatiques et ses déviations originaires, in Lebovici, S. & al. (sous la direction de). (1985/2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tomes II et III*. Paris : PUF, p 2015-2028.
- Kreisler, L & Cramer, B. (1985/2004c). Désordres psychosomatiques du nourrisson : Les troubles du sommeil, in Lebovici, S. & al. (sous la direction de). (1985/2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tomes II et III*. Paris : PUF, p 2039-2052.
- Lacrouts-Négrier, N & Roux, C & Taboada, M & Schmelck, M-A. (Sous la direction du Dr. Jean Ebert.) (2001). *Maternité, interactions mère-enfant et toxicomanie*. Paris : Centre Horizons - OFDT. www.drogues.gouv.fr
- Lahaye, D & al. (2008). *Femmes et mères toxicomanes. Contribution à un diagnostic de situation sur le département de la Marne, Etude exploratoire*. Association Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes (Reims)
- Lamour, M. & Lebovici, S. (1991), Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. XXIV, p 171-275.
- Lamour, M. (2013). *La paternalité et ses troubles*. Bruxelles : Yapaka.be
- Laplanche, J & Pontalis, J-B. (1967/2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : P.U.F.

- Laufer, M & Laufer, M. E. (1989). *Adolescence et rupture du développement. Perspectives psychanalytiques*. Paris : P.U.F.
- Lebovici, S & Stoléru, S. (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Paris : Paidos, Le Centurion.
- Lebovici, S. (1998). Le mandat transgénérationnel, *Psychiatrie française*, Vol. 29, n°3, p 7-15
- Le Camus, J. (2002). Le lien père-bébé, *Devenir*, Vol. 14, p. 145-167
- Leeners, B. & al. (2016). Birth experiences in adult woman with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, n°83, 149-156
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood, *Genetic Social and General Psychology Monographs*, Vol. 95, n°1, p 55-96
- Lejeune, C. & al. (1997a). Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 26, N° 4, p 395- 404
- Lejeune, C & al. (1997b). Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants, *Archives Pédiatriques*, Vol. 4, p 263-270
- Lejeune, C. (2000). Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA), *Archives Pédiatriques*, n°7, p 283-284
- Lejeune, C & Simmat-Durand, L. (2003). *Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveaux-nés*. Paris : OFDT.
- Lejeune, C & al. (2005). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution, *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 82, p 250-257

- Lejeune, C. & al. (2006). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution, *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 82, p 250–257
- Lejeune, C. (2007a). Conséquences périnatales des addictions, *Archives de pédiatrie*, 14, p 656-658
- Lejeune, C. (2007b). Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité, *Alcoologie et Addictologie*, 29, p 443-448
- Lejeune, C. (2014). Substances psychoactives pendant la grossesse ; quels effets chez l'enfant ?, *Revue Médicale Périnatale*, 6, p 163-167
- Loutit, E. (2012). Quel travail possible pour le psychologue clinicien au domicile des personnes ?, *VST - Vie sociale et traitements*, n° 116, p 84-90.
- Lowenstein, W & Rouch, D. (2007). *Femmes et dépendance, une maladie du siècle*. Paris: Calmann-Lévy.
- Luttenbacher, C. (1997). *La maternité chez la femme toxicomane et/ou séropositive : les représentations sociales des professionnels de la maternité, de la pédiatrie et de la toxicomanie*. Thèse de doctorat, 3ème cycle. Psychologie sociale. Université Paris 5
- Luttenbacher, C. (1999). La maternité chez les femmes toxicomanes, *Déviance et société*, Vol. 23, n°3, p 313-340.
- Malher, M., Pine, F. & Bergman, A. (1980/2010). *La naissance psychique de l'être humain : symbiose humaine et individuation*. Paris : Editions Payot.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F. & Zilkha, N. (1999). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. Paris : PUF
- Marty, F. (2003). La parentalité : un nouveau concept pour quelles réalités ?, la place du père, *Le Carnet PSY*, n° 81, p 27-33
- Marty, F. (2009). La méthode du cas, in Ionescu & Blanchet. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : PUF, p 53-77

- Mazet, P. & Stoléru, S. (1988/1993/2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : développement et interactions précoces*. Paris : Masson.
- Maestracci, N. (2009). L'évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues : des aveuglements aux prises de conscience, *Archives de politique criminelle*, n° 31, p 173-184.
- Mazurier, E., Molénat, F. & al., (2000). *Grossesse et toxicomanie*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Mazoyer, A-V & Lebrun-Devemy, A & Roques, M. (2013). L'ombre de l'inceste paternel ancien sur la maternité : désorganisation et réorganisation psychique, *Psychothérapies*, 2013, Vol. 33, p 149-156.
- McDougall, J. (1982/2003). *Théâtres du Je*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1989/2003). *Théâtres du corps*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68, p 511-527.
- Mellier, D. (2008). *Observer un bébé : un soin*. Toulouse : Erès.
- Mellier, D., Ciccone, A. & Konicheckis, A. (2012). *La vie psychique du bébé: Emergence et construction intersubjective*. Paris: Dunod.
- Metz, C. & Thévenot, A. (2007). Mon enfant, ma sœur ... travail du fraternel dans le processus de construction de la parenté, *Dialogue*, n° 177, p 101-113.
- Michel, M. & al., (2008). Toxicomanie chez la femme enceinte. Prise en charge spécialisée à Port-Royal entre 1998 et 2007, *La revue Sage-femme*, Vol. 7, n°6, p 289-294
- Miel, C. (2002). La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet. *Psychotropes*, Vol. 8, p 7-21.
- Milhet, M. (2006). Les traitements de substitution vus par les patients : quelle trajectoire pour quelle sortie ?, *Psychotropes*, Vol. 12, p 55-69.

- Missonnier, D. (1999). L'échographie obstétricale : un rituel séculier d'initiation à la parentalité, in Soulé, M. & Gourand, L & Missonnier, S & Soubieux, M-J. (1999). *Ecoute, voir... L'échographie de la grossesse*. Ramonville Saint Agne : Editions Erès, p 133-162.
- Missonnier, S. (2004). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, in Missonnier S. & Golse B. & Soulé. M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. Paris : PUF.
- Molénat, F. & Lortie, G. (1989). Grossesses "à risque" et relation parent-enfant, in Lebovici, S & Weil-Halpern, F. (sous la direction de) (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, p 281-287.
- Molénat, F. (2000). *Grossesse et toxicomanie*. Toulouse : Erès.
- Monraisin, F. (2012). La toxicomanie : une transmission de soi à soi, *Champ psy*, n° 62, p 165-177.
- Moralès, M. (1986). Tests projectifs, structure et toxicomanie, in Ferbos, C & Magoudi, A. (1986). *Approche psychanalytique des toxicomanes*. Paris : PUF, p 169-212.
- Moreau, A. (2001). De l'homme au père : un passage à risque, *Dialogue*, n° 152, p 9-16.
- Mouras, J-P. (2004). Être mère à l'adolescence, *Figures de la psychanalyse*, n° 9, p 97-101.
- Muller Nix, C & al., (2009). Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 52, p 423-450.
- Nezelof, S & Dodane, C. (2010). Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité: un climat de turbulences psychiques, *Psychotropes*, Vol. 16, p 9-16.
- OFDT. (2005). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. *Tendances n°54*. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>
- OFDT. (2012). Pôle « indicateurs ». *RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge)*. Tableaux statistiques. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>

- Olivenstein, C. (1978). *La drogue suivi de Ecrits sur la toxicomanie*. Paris : Gallimard, Editions universitaires.
- Olievenstein, C. (1987). *La clinique du toxicomane*. Paris, PUF.
- Parat, H. (1999). *L'érotique maternelle. Psychanalyse de l'allaitement*. Paris : Dunod.
- Parat, H. (2007). Tétons juteux, tétons charnus, *Revue française de psychosomatique*, n° 31, p 9-28.
- Parat, H. (2009). Sein de nuit, sein de jour ou d'un allaitement bien tempéré, *Champ psy*, n° 54, p 47-62.
- Parat, H. (2011), L'érotique maternelle et l'interdit primaire de l'inceste, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 75, p 1609-1614.
- Pederson, D.R. & al. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment : A Q-sort study, *Child development*, Vol. 61, p 1974-7983.
- Pédinielli, JL & Fernandez, L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality, *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 45, p 333–343
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion, *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 63, p 311–9.
- Pirlot, G. (1997). *Les passions du corps : La Psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes*. Paris : PUF.
- Pirlot, G. (2002). Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques, *Psychotropes*, Vol. 8, p 97-118.
- Pirlot, G. (2013). *Psychanalyse des addictions*. Paris: Armand Colin.
- Pirlot, G. (2014). Les addictions entre neurosciences et psychanalyse, *Psychotropes*, Vol. 20, p 175-196.

- Pascal, C & al. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse, *Dialogue*, n° 192, p 137-148.
- Pédinielli, J-L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives, in Bourguignon, O. & Bydlowski, M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF. P 123-134.
- Pédinielli, J-L & Rouan, G & Bertagne, P. (1997). *Psychopathologie des addictions*. Paris: P.U.F.
- Pollak-Cornillot, M. (2004). Nourrissons inconsolables et traumatismes maternels, *Perspectives Psy*, Vol. 43, p 188-192.
- Proia-Lelouey, N & Schvan, C. (2011). Processus de maternalité chez les femmes accueillies en centre maternel : de la passivation à la subjectivation. *Cahiers de Psychologie Clinique*, n°37, p 165-179.
- Racamier, P. C. (1979). La maternalité psychotique, in Racamier, P.C. (1979). *De Psychanalyse en Psychiatrie*. Paris : Editions Payot.
- Raphael-Leff, J. (1980). Psychotherapy with Pregnant Women, in Blum, B. (ed.). (1980). *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. New York: Human Science Press, p 174-205.
- Rausch de Traubenberg, N. (1990). *La pratique du Rorschach*. Paris : PUF
- Ravit, M. (2006). Lien de dépendance et figure du mal : Le lien à l'objet d'assuétude dans la construction de l'expérience sensorielle, *Psychologie clinique et projective*, n°12, p 191-210
- Revault d'Allones, C. (2014). L'étude de cas : de l'illustration à la conviction, in Douville, O. (2014). *Les méthodes cliniques en psychologie*. Paris : Dunod, p 101-115
- Riazuelo, H. (2004). Les spécificités de l'attente d'un second enfant, in Bayle, B. (2005). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : PUF, p. 145-159
- Ribas, D. (2002). Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 66, p 1689-1770.

- Richard, D. (2007). *Tristes paradis, psychologie des addictions et toxicomanies*. Paris: Larousse.
- Robert, P. (2005). Les liens de couple, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 45, p 159-165.
- Robert, G. (2010). Passion du toxique. *Champ psychosomatique*, n° 57, p 113-120.
- Robert, P. (2011). La constitution du couple, *Le Journal des psychologues*, n° 284, p 31-33.
- Robert-Tissot, C. & al. (1989). Le questionnaire « Symptom check-liste » : évaluation des troubles psychofonctionnels de la petite enfance, in Lebovici, S. & al. (dir.) (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris : Eshel, p 179-215.
- Roques, M & al., (2013). Intérêts d'une étude de la dépressivité au TAT chez un patient méthadonien, *Bulletin de psychologie*, n° 525, p 225-235.
- Roques, M. (2016). Toxicomanie et épreuves projectives, in Roques, M & Hurvy, C. (2016). *Epreuves projectives et recherche en psychologie clinique*. Paris : Editions In Press, p 189-214.
- Roques, M & Hurvy, C. (2016). *Epreuves projectives et recherche en psychologie clinique*. Paris : Editions In Press
- Rosenblum, O. (2004). Parentalité et toxicomanie, in Angel, P & Mazet, P. (sous la direction de.). (2004). *Guérir les souffrances familiales*. Paris : PUF, p 465-475
- Rosenblum, O. (2006). Toxicomanie : un pont entre la sexualité et le désir d'enfant, Trente-septième Journée thématique de la SFEF (Paris, 18 mai 2006), *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n°34, p 990–993
- Rosenblum, O. (2009a). Le féminin maternel chez les femmes toxicomanes sous substitution. De la passion du corps à la resexualisation de la relation, *Dialogue*, n° 184, p. 115-129.

- Rosenblum, O. (2009b). L'addiction, porte d'entrée du féminin maternel, in Séminaire Interuniversitaire Européen d'Enseignement et de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse. (2009). *Folies de femmes*. Paris : P.U.F. p 139 – 150.
- Rosenblum, O. (2015). L'identité narrative chez les mères toxicomanes sous substitution », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 64, p 101-112.
- Roussillon, R. (1999/2002). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : P.U.F.
- Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire "en double", *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, n° 2, p 421-439
- Roussillon, R. (2008). Corps et actes messagers, in Roussillon, R. & Chouvier, B. (2008). *Corps, acte et symbolisation*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur, p 23-37
- Roussillon, R. & Chouvier, B. (sous la direction de). (2008). *Corps, actes et symbolisation*. Bruxelles : De Boeck.
- Rouveau, F. (2013). *Grossesse et toxicomanie : entre corps et psyché, l'expérience de la maternité chez la femme toxicomane*, Thèse sous la direction du Pr F. Pommier pour l'obtention du grade de docteur en Psychopathologie Psychanalytique, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- Rouveau, F & Pommier, F. (2014). Maternité et toxicomanie : le suivi psychothérapeutique lors d'une hospitalisation conjointe mère-enfant, *Bulletin de psychologie*, n°533, p 421-426
- Rouyer, M. (1995). Le devenir à l'âge adulte des enfants victimes d'inceste, in Castro, D. (sous la direction de). (1995). *Inceste*. Paris : L'esprit du temps, p 305-312
- Seince, N., Pharisien, i & Uzan, M. (2004). Grossesse et accouchement des adolescentes, *Profession Sage-Femme*, n°105 , p 23-26
- Shabanova Vandelet, E. & al., (2015). Abus sexuel précoce, accès à la maternité et résilience, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 58, p 325-368.
- Shentoub, V. & al. (1990). *Manuel d'utilisation du T.A.T., approche psychanalytique*. Paris : Dunod

- Shulz, J. & al. (2015). Entre honte et culpabilité, stigmates de la femme enceinte après une Interruption Médicale de Grossesse, *Champ psy*, n° 68, p 67-83.
- Siksou, J. (2007). Allaiter : au sein ou au biberon ?, in Blin, D., Soulé, M. & Thoueille, E. (2007). *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*. Toulouse : ERES, p 111-124
- Simmat-Durand, L. (2002). Grossesse et drogues illicites, *Déviance et Société*, Vol. 26, p 105-126.
- Simmat-Durand, L. (2006). Grossesses sous buprénorphine haut dosage: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, Vol. 24, p 45-51
- Simmat-Durand, L. (2007). La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société*, Vol. 31, p 305-330.
- Simmat-Durand, L. (2008). Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane, *Psychotropes*, Vol. 14, p 179-199
- Simmat-Durand, L. (2011). Grossesse et polyconsommations de substances psychoactives : modifications de la clientèle et des prises en charge, 1999-2008. *Santé Publique*, Vol. 23, p 231-246.
- Simmat-Durand, L & Lejeune, C. (2012). Polydrug use during pregnancy and neonatal outcomes : Data from a ten-years retrospective French study, *Journal of Neonatal Nursing*, 18, p 232-240
- Simmat-Durand, L, Genest, L & Lejeune, C. (2013a). Early childhood consequences of polydrug use during pregnancy, *Journal of Neonatal Nursing*, 20, p 189-196.
- Simmat-Durand, L. & al. (2013b) Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions, *Psychotropes*, Vol. 19, p 45-66.
- Sinanian, A & al., (2014). Addictions, évitement et répétition du traumatisme, *Psychothérapies*, Vol. 34, p 173-184.
- Sinanian, A. (2016). *Addictions et traumatismes, de l'évitement à la répétition élaborative. Le recours à l'objet d'addiction comme recherche d'élaboration des expériences*

traumatiques précoces et actuelles. Thèse de doctorat en psychologie, Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

- Singer, L-T. & al. (2003). Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of live, *Developmental-behavioral Pediatrics*, 24, p 233-241.
- Sirol, F. (1999). La haine pour le foetus, in Soulé, M. & al. (1999). *Ecoute, voir... L'échographie de la grossesse*. Ramonville Saint Agne : Editions Erès, p 189-215.
- Smadja, E. (2011). Chapitre IV - Esquisse naturelle d'un couple, in Smadja, E. (2011). *Le couple et son histoire*. Paris : PUF, p 123-212.
- Smadja, E. & Garcia, V. (2011). Introduction à une approche psychanalytique du couple, *Le Journal des psychologues*, n° 284, p 24-29.
- Solis-Ponton, L. (2001). Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici, *Spirale*, n° 17, p 135-141.
- Soubieux, M-J. (1999). Oeil du dedans, oeil du dehors, in Soulé, M. & al. (1999). *Ecoute, voir... L'échographie de la grossesse*. Ramonville Saint Agne : Editions Erès, p 113-131.
- Soubieux, M-J. et Soulé M. (2005). *La Psychiatrie fœtale*. Paris : PUF.
- Soulé, M. (1982). L'enfant imaginaire : fantasme d'enfant, le désir d'enfant, le désir de grossesse, in Soulé, M. (1982). *La dynamique du nourrisson*. Paris : ESF, p 137-175.
- Soulé, M. & Gourand, L & Missonnier, S & Soubieux, M-J. (1999). *Ecoute, voir... L'échographie de la grossesse*. Ramonville Saint Agne : Editions Erès.
- Soulignac, R & Croquette-Krokar, M. (2003). Paternité et toxico-dépendance, *Dialogue*, n°162, p 93-100
- Soulignac, R & al. (2004). Couples et abus de substances, *Thérapie familiale*, Vol. 25, p 191-199
- Squires, C. (2004). L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante, *Cliniques méditerranéennes*, n°69, p 269-288.

- Squires, C. (2017). Fictions et hallucinations autour d'une naissance sans vie, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 60, p 71-86.
- Stern, D. (1981/1997). *Mère-enfant, les premières relations*. Sprimont : Mardoga éditeur.
- Stern, D. (1989/2009). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.
- Stern, D. & al. (1989). L'entretien « R » : une méthode d'évaluation des représentations maternelles, in Lebovici, S. & al. (dir.) (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris : Eshel, p 151-160.
- Stiles, W. (2013). L'utilisation des études de cas pour l'élaboration de la théorie en psychothérapie, *Psychothérapies*, Vol. 33, p 29-35
- Stocco, P. (2007). Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques, *Psychotropes*, Vol. 13, p 251-265.
- Stoléru, S. (1989). La parentification et ses troubles, in Lebovici, S. & Weil-Harpen, F. (sous la direction de.). (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, p 113-130
- Szweg, G. (2007). A propos d'un petit insatiable, in Blin, D., Soulé, M. & Thoueille, E. (2007). *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*. Toulouse : Erès, p 241-260
- Taboada, M. (1998). *Lettre des réseaux périnatalité*. Ed. Unité de Coordination Horizons, n°4.
- Taylor, A. (1993). *Women Drug Users: Ethnography of a Female Injecting Community*. New York: Oxford University Press Inc.
- Tchernicheff, I. (2005). La question du père chez Winnicott... et chez quelques autres, *Empan*, n°57, p 142-152
- Thomas, O. (2006). Toxicomanie féminine: du traumatisme sexuel à l'amour de transfert, *Le carnet Psy*, n° 113, p 31-39.
- Thomas, O. (2013). Pourquoi la femme aujourd'hui ? *Psychotropes*, Vol. 19, p 61-74

- Torok, M. & Abraham, N. (1968/1884). *Préface à l'édition française du livre de Klein, M. Essais de psychanalyse (1947)*. Paris : Payot, p 7-18
- Toubiana, E-P. (2011). *Addictologie clinique*. Paris: P.U.F.
- Touzanne, B. (2009). Accroche-moi et « accroche-toi ». Addictions à l'adolescence, une histoire du lien. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 77, p 71-76.
- Uchtenhagen, A. (2011). Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice. *Drug and Alcohol Review*, n° 30, p 130–137.
- Valleur, M & Matysiak, J-C. (2006). *Les addictions, panorama clinique des modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris: Armand Colin.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives, Alcoolisme et toxicomanie*. Paris: Belin.
- Vareson, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? . *Bulletin de psychologie*, n° 510, p 441-444.
- Vasconcellos, D. (2003). Devenir père : crise identitaire. Recherche-pilote, *Devenir*, Vol. 15, p 191-209
- Vibert S., Morel A. & Flaig E. (2007). Psychologues cliniciens dans un service de psychiatrie de l'adolescent, in Marty, F. (dir.), (2007). *Le psychologue à l'hôpital*. Paris : In Press, p 177-196
- Vibert, S. & Chabert, C. (2009). Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Étude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 52, p 339-372.
- Viaux-Savelon, S & Dommergues, M & Cohen, D. (2014). Dépistage échographique anténatal des anomalies mineures de bon pronostic : impact émotionnel, représentations parentales et relation mère-enfant, *Revue Médicale Périnatale*, 6, p 199-206
- Weil, M & Reichert, M. (2014). Les soins de type Kangourou : une véritable chance pour les nouveau-nés de mères addictives aux opiacés : des syndromes de sevrage moins

fréquents, moins sévères. Témoignage d'une équipe alsacienne, *Revue Médicale Périnatale*, 6, p 179-183

- Winnicott, D. W. (1941). L'observation des jeunes enfants dans une situation établie, in Winnicott, D. W. (1989/2011). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Millau : Payot.
- Winnicott, D. W. (1947). La haine dans le contre-transfert, in Winnicott, D. W. (1989/2011). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Millau : Payot.
- Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi, in Winnicott, D. W. (1989/2011). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Millau : Payot.
- Winnicott, D. W. (1954-1955). La position dépressive dans le développement affectif normal, in Winnicott, D. W. (1989/2011). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Millau : Payot.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire, in Winnicott, D. W. (1989/2011). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Millau : Payot.
- Winnicott, D. W. (1960). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self », in Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot.
- Zinschitz, E. (2007). L'annonce d'un handicap : le début d'une histoire. Approche Centrée sur la Personne. *Pratique et recherche*, n°6, p 82-93.

Résumé en français : La maternité des femmes dépendantes aux substances psychoactives est aujourd'hui une question de santé publique. Notre recherche porte sur la prédictivité potentielle des remaniements psychiques observés pendant la grossesse de femmes toxicomanes sur la qualité du processus de maternalité et l'investissement de l'enfant. Elle correspond ainsi à une étude clinique et projective psychodynamique de l'évolution du fonctionnement psychique et des représentations liées à l'enfant de la femme toxicomane et/ou substituée devenant mère. Pour ce faire, nous nous appuyons sur l'analyse d'entretiens semi-directifs et de tests projectifs de femmes consommatrices d'opiacés et/ou sous traitement de substitution aux opiacés et de femmes non toxicomanes, entre le dernier trimestre de grossesse et les un an de l'enfant. Un second versant de cette étude propose un état des lieux des modalités d'accompagnement des femmes enceintes et mères consommatrices de drogues illicites sur le territoire Ouest-Normand ainsi qu'un projet d'accompagnement spécifique et pluridisciplinaire de cette population, élaboré au sein d'un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Mots-clés : *Toxicomanie, Addiction, Grossesse, Maternité, Relations mère/parent-enfant, Tests projectifs*

Résumé en anglais : Motherhood among women addicted to psychoactive substances is a public health concern. Our research concerns the predictive potential of the psychic reorganizations observed during pregnancy on the quality of motherhood process and of investment of the child. It is thus a psychodynamic clinical and projective study of the evolution of the psychic functioning and the representations bound to the child of drug addict woman and/or woman receiving opiate substitution treatments becoming a mother. In order to do this, we rely on the analysis of semi-directive interviews and projective tests of women opiate users and/or women receiving opiate substitution treatments and of non-addicted women, between the last quarter of pregnancy and on one year old of the child. A second part of this study proposes a state of play of welfare measures for pregnant addicted women and addicted mothers on West-Norman territory. It also proposes a project of specific and multidisciplinary accompaniment of this population which is developed within a CSAPA (Center of addiction care, support and prevention).

Key words : *Drug addiction, Pregnancy, Motherhood, Mother/Parent-child links, Projective tests*



Normandie Université

THESE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Psychologie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

TOXICOMANIE ET MATERNITE : Qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane

Tome II : Annexes

Présentée et soutenue par
Anaëlle BAZIRE

Thèse soutenue publiquement le 08/12/2017
devant le jury composé de

Mme PROIA-LELOUEY Nadine	Professeure des Universités, Université Caen Normandie	Directrice de thèse
M. ROSENBLUM Ouriel	Professeur des Universités, Université Paris Diderot	<i>Rapporteur</i>
Mme MAZOYER Anne-Valérie	Maitre de conférences - HDR, Université Toulouse Jean-Jaurès	<i>Rapporteur</i>
M. DRIEU Didier	Professeur des Universités, Université Rouen Normandie	Examineur
M. PIRLOT Gérard	Professeur des Universités, Université Toulouse Jean-Jaurès	Examineur
Mme SQUIRES Claire	Maitre de conférences - HDR, Université Paris Diderot	Examineur

Thèse dirigée par Pr. Nadine PROIA-LELOUEY, LPCN (Laboratoire de Psychologie Caen Normandie)



TOME II : ANNEXES

Sommaire

ANNEXES THEORIE

1. <u>LA TOXICOMANIE AU CARREFOUR DU BIOLOGIQUE, DU PSYCHOLOGIQUE ET DU SOCIAL : UNE SOURCE DE VARIABILITE INTERINDIVIDUELLE FACE A LA DEPENDANCE</u>	1
1.1. <u>La variabilité interindividuelle face à la dépendance</u>	1
1.2. <u>Le modèle neurobiologique des addictions</u>	3
1.3. <u>Les modèles cognitivo-comportementaux et biopsychocomportementaux</u> ..	5
1.4. <u>Théories intégratives de l'addiction</u>	7
1.5. <u>La toxicomanie comme conduite ordalique</u>	7

ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

A. <u>ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : RECUEIL DES DONNEES</u>	9
1. <u>ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET RECHERCHE</u>	9
1.1. <u>Formulaire d'information</u>	9
1.2. <u>Formulaire de consentement</u>	11
2. <u>OUTILS UTILISES : L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF</u>	14
2.1. <u>Guide d'entretien n°1</u>	14
2.2. <u>Guide d'entretien n°2</u>	19
2.3. <u>Guide d'entretien n°3</u>	25

B. ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : ANALYSE DES DONNEES.....33

1. FEUILLE DE DEPOUILLEMENT DES PROCEDES DU TAT (Brelet-Foulard & Chabert, 2003)......33

ANNEXES ANALYSE CLINIQUE DES CAS

C. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO ET DES FEMMES NON TOXICOMANES.....35

1. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO.....35

1.1. ANAÏS.....35

1.1.1. Analyse clinique des entretiens de recherche d'Anaïs.....35

1.1.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 d'Anaïs.....35

- **CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE.....35**
- **HISTOIRE DE VIE.....36**
 - Une enfance marquée par l'absence de figures parentales étayantes
 - Rencontre avec les produits et histoire des consommations
 - Une relation de couple anaclitique
- **VECU DE LA GROSSESSE.....41**
 - Désir d'enfant et connaissance de la grossesse
 - Modifications corporelles et investissement de l'enfant
 - Représentations de soi en tant que mère
 - La drogue toujours abordée en négatif : l'impossibilité à manquer

1.1.1.2.	<u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 d'Anaïs</u>	44
•	<u>CONTEXTE DE LA DEUXIEME RENCONTRE</u>	44
•	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	46
•	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	46
•	<u>LE BEBE</u>	49
○	Les troubles du sommeil du bébé support des problématiques mortifères et de perte d'Anaïs	
○	L'alimentation et la réactualisation d'angoisses archaïques	
○	Représentations d'un bébé malade, projections maternelles et angoisses de perte	
○	Un bébé objet de représentations ambivalentes	
•	<u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	57
•	<u>DES RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES MARQUEES PAR L'AMBIVALENCE ET LA RECHERCHE DE REPARATION</u>	57
•	<u>UNE PREMIERE ANNEE DE VIE DU BEBE MARQUEE PAR UNE REPRISE DES CONSOMMATIONS DE DROGUE</u>	58
1.1.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme d'Anaïs</u>	59
1.1.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach d'Anaïs</u>	68
1.1.3.1.	<u>Clinique de la passation</u>	
1.1.3.2.	<u>Analyse des processus de pensée</u>	
1.1.3.3.	<u>Représentations de soi, narcissique</u>	
1.1.3.4.	<u>Représentations de relations</u>	
1.1.3.5.	<u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
1.1.3.6.	<u>Conclusion</u>	
1.1.4.	<u>Protocole du TAT d'Anaïs</u>	73
1.1.5.	<u>Analyse du protocole du TAT d'Anaïs</u>	83
1.1.5.1.	<u>Synthèse des procédés</u>	
1.1.5.2.	<u>Synthèse des problématiques</u>	
1.1.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs d'Anaïs</u>	85

1.2. <u>JULIETTE</u>	89
1.2.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Juliette</u>	89
1.2.1.1. <i>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Juliette</i>	89
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	89
• <u>HISTOIRE DE VIE ET DEBUT DES CONSOMMATIONS</u>	89
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	92
○ Désir d'enfant et ambivalence concernant les mouvements fœtaux	
○ Des antécédents traumatiques de grossesse source d'angoisses massives et omniprésentes pendant les grossesses suivantes	
○ Représentations et investissement de l'enfant à naître	
• <u>PERE DU BEBE</u>	97
• <u>PLACE DES CONSOMMATIONS PENDANT LES GROSSESSES</u>	97
1.2.1.2. <i>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Juliette</i>	100
• <u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	100
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	100
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	101
• <u>LE BEBE</u>	102
○ Le poids des traumatismes cumulatifs sur les représentations d'un nouvel enfant	
○ Une relation mère-fille ambivalente	
○ Investissement et représentations du bébé	
• <u>RELATIONS DU COUPLE PARENTAL</u>	110
• <u>REPRISE DE CONSOMMATIONS D'HEROÏNE « RITUELLES » OCCASIONNELLES</u>	111
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	112
• <u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	114
1.2.2. <u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Juliette</u>	115

1.2.3. <u>Analyse du protocole du Rorschach de Juliette</u>	121
1.2.3.1. <u>Clinique de la passation</u>	
1.2.3.2. <u>Analyse des processus de pensée</u>	
1.2.3.3. <u>Représentations de soi, narcissique</u>	
1.2.3.4. <u>Représentations de relations</u>	
1.2.3.5. <u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
1.2.3.6. <u>Conclusion</u>	
1.2.4. <u>Protocole du TAT de Juliette</u>	125
1.2.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Juliette</u>	133
1.2.5.1. <u>Synthèse des procédés</u>	
1.2.5.2. <u>Synthèse des problématiques</u>	
1.2.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Juliette</u>	135
1.3. <u>BERENGERE</u>	139
1.3.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Bérengère</u>	139
1.3.1.1. <u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Bérengère</u>	139
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	139
• <u>HISTOIRE DES CONSOMMATIONS</u>	139
○ « Dépendance affective – dépendance addictive »	
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	142
○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	
○ Modifications corporelles et investissement de l'enfant	
○ Représentations de l'enfant à naître	
○ Secret et angoisses de perte autour du traitement de substitution pendant la grossesse	
○ La recherche d'une famille « idéale » et « sécurisante »	
1.3.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Bérengère</u>	140

•	<u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	148
•	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	148
•	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	149
○	La rencontre avec son bébé marquée par l'angoisse du syndrome de sevrage néonatal	
•	<u>LE BEBE</u>	150
○	Santé et développement	
○	L'ombre du syndrome de sevrage néonatal sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces	
•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	153
○	Dévalorisation et recherche d'étayage	
○	Angoisse de séparation	
•	<u>LA PROBLEMATIQUE DE DEPENDANCE TOUJOURS CENTRALE</u>	155
•	<u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	158
1.3.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Bérengère</u>	159
1.3.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach de Bérengère</u>	164
1.3.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.3.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.3.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.3.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.3.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.3.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
1.3.4.	<u>Protocole du TAT de Bérengère</u>	168
1.3.5.	<u>Analyse du protocole du TAT de Bérengère</u>	176
1.3.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.3.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.3.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Bérengère</u>	177

1.4. <u>CARINE</u>	181
1.4.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Carine</u>	181
1.4.1.1. <i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Carine</u></i>	181
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	181
• <u>HISTOIRE DE VIE</u>	181
○ L'absence de la figure paternelle et la recherche d'amour	
○ Des relations avec la mère marquées par la culpabilité et le désir de réparation	
○ Rencontre avec les produits	
○ La perte brutale et traumatique de son frère aîné	
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	184
○ Désir d'enfant et dénégarion de grossesse	
○ Modifications corporelles et investissement de l'enfant	
○ Représentations de soi en tant que mère	
○ L'arrêt des consommations de drogue ou la grossesse en tant que renflouage narcissique	
• <u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	189
1.4.1.2. <i><u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n° 3 de Carine</u></i>	190
• <u>CONTEXTE DE SECONDE LA RENCONTRE</u>	190
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	190
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	191
○ Syndrome de sevrage néonatal et culpabilité maternelle	
• <u>LE BEBE</u>	194
○ Le poids du syndrome de sevrage néonatal et de la culpabilité maternelle sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces	
○ L'allaitement et la réactivation de problématiques archaïques	
○ Lorsque le bébé n'occupe pas la fonction gratifiante et antidépressive attendue : représentations négatives et angoisses de perte de l'amour de l'objet de la mère	

•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	200
•	<u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	201
•	<u>AMBIVALENCE AUTOUR DES CONSOMMATIONS DE DROGUE</u>	202
1.4.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Carine</u>	203
1.4.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach de Carine</u>	208
1.4.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.4.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.4.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.4.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.4.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.4.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
1.4.4.	<u>Protocole du TAT de Carine</u>	213
1.4.5.	<u>Analyse du protocole du TAT de Carine</u>	220
1.4.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.4.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.4.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Carine</u>	222
1.5.	<u>SONIA</u>	227
1.5.1.	<u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Sonia</u>	227
1.5.1.1.	<i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Sonia</u></i>	227
•	<u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	227
•	<u>HISTOIRE DE VIE</u>	227
○	Les carences maternelles et l'inversion des rôles	
○	La grossesse : un temps de réaménagement psychique des relations mère-fille	
○	Non-reconnaissance du tiers paternel	
•	<u>HISTOIRE DES CONSOMMATIONS</u>	230
○	De la recherche de la « défonce » à la « médiation » relationnelle	

• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	232
○ Désir d'enfant et annonce de la grossesse	
○ Mouvements fœtaux et échographies : du vécu d'effraction au support des représentations maternelles	
○ Des représentations de l'enfant à naître marquées par l'objet-drogue	
• <u>REPRESENTATIONS ET CHEMINEMENT DANS LE DEVENIR MERE</u>	237
• <u>COUPLE ET PERE DU BEBE</u>	238
1.5.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Sonia</u>	239
• <u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	239
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	239
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	239
○ Le prolongement du séjour à la maternité : remise en jeu de la passivité	
• <u>LE BEBE</u>	241
○ L'allaitement et la réactualisation des fantasmes archaïques	
○ Représentations d'un bébé idéalisé	
○ Développement du bébé	
○ Vécu de la séparation	
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	246
○ Conflit narcissico-objectal : entre centration sur l'enfant et angoisse de fusion	
• <u>PERE DU BEBE ET EVOLUTION DE LA DYNAMIQUE DU COUPLE PARENTAL</u>	249
• <u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	250
• <u>CONFLIT NARCISSICO-OBJECTAL, DEFAILLANCES DE LA TRANSITIONNALITE ET POURSUITE DES CONSOMMATIONS DE DROGUE</u>	252
• <u>DES PROJETS POUR L'AVENIR</u>	254

1.5.2. <u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Sonia</u>	255
1.5.3. <u>Analyse du protocole du Rorschach de Sonia</u>	261
1.5.3.1. <i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.5.3.2. <i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.5.3.3. <i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.5.3.4. <i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.5.3.5. <i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.5.3.6. <i><u>Conclusion</u></i>	
1.5.4. <u>Protocole du TAT de Sonia</u>	267
1.5.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Sonia</u>	275
1.5.5.1. <i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.5.5.2. <i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.5.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Sonia</u>	277
1.6. <u>CHLOE</u>	283
1.6.1. <u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Chloé</u>	283
1.6.1.1. <i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Chloé</u></i>	283
• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	283
• <u>HISTOIRE DE VIE</u>	283
○ Une place centrale au sein du couple parental	
○ L'ambivalence entre crainte et désir de retrouvailles avec le père	
○ Rencontre avec les produits et histoire des consommations	
• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	286
○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	
○ L'intégration progressive des remaniements psychiques et mouvements pulsionnels inhérents à la grossesse	
○ La difficile confrontation au vécu de passivité	
○ Investissement et représentations de l'enfant à naître	
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	290

•	<u>COUPLE PARENTAL ET PERE DU BEBE</u>	292
○	La présence/absence paternelle comme répétition inconsciente de son histoire dans un désir de réparation	
1.6.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Chloé</u>293		
•	<u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	293
•	<u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	293
•	<u>L'ACCOUCHEMENT</u>	293
○	L'accouchement : entre vécu d'intrusion et angoisse de perte	
○	L'accouchement par césarienne : défaut d'inscription psychique de la naissance	
•	<u>COMPLICATIONS ET SEJOUR A LA MATERNITE</u>	296
○	Le temps de l'hospitalisation : un temps de régression source d'un vécu persécuté	
•	<u>LE BEBE</u>	300
○	Sommeil	
○	Allaitement et réactivation de fantasmes archaïques	
○	Santé et développement du bébé	
○	Représentations du bébé	
○	Relations mère-bébé : ambivalence entre relation fusionnelle, angoisse de séparation et crainte de la dépendance	
•	<u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	304
•	<u>COUPLE PARENTAL ET PERE DU BEBE</u>	306
○	Ambivalence face à l'absence du père auprès de leur fils	
○	Absence du père du bébé en tant que soutien à la mère	
○	Relations de couple et consommations de drogue	
•	<u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES</u>	311
○	Evolution des places générationnelles : passage du statut de fille à celui de mère	
○	L'ambivalence entre crainte et désir de retrouvailles avec le père	
•	<u>CONSOMMATIONS</u>	312

1.6.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Chloé</u>	313
1.6.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach de Chloé</u>	319
1.6.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
1.6.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
1.6.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
1.6.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
1.6.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
1.6.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
1.6.4.	<u>Protocole du TAT de Chloé</u>	324
1.6.5.	<u>Analyse du protocole du TAT de Chloé</u>	332
1.6.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
1.6.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
1.6.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Chloé</u>	334
2.	<u>ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES NON TOXICOMANES</u>	339
2.1.	<u>ELEONORE</u>	339
2.1.1.	<u>Analyse clinique des entretiens de recherche d'Eléonore</u>	339
2.1.1.1.	<i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 d'Eléonore</u></i>	339
	• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	339
	• <u>HISTOIRE DE VIE</u>	339
	○ Une relation à l'imgo maternelle marquée par la dépendance et l'angoisse d'engloutissement	
	○ Antécédents d'abus sexuels par le grand-père maternel	
	○ Poids du trauma sexuel sur la puberté et l'investissement du féminin et de la féminité	
	• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	345
	○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	

- Mouvements fœtaux et échographies support de l'investissement de l'autre en soi
- Représentations et investissement de l'enfant à naître
- REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE.....348
 - Cheminement dans le devenir mère et conflit identificatoire
 - La suractivité en tant que défense contre l'effondrement dépressif et/ou le débordement psychique
 - Un bébé différencié à rencontrer et à accompagner
- RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES.....353

2.1.1.2. *Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 d'Eléonore*.....353

- CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE.....353
- CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE.....353
- L'ACCOUCHEMENT.....354
- LE BEBE.....356
 - Problèmes de santé du bébé et angoisses mortifères
 - Allaitement, reviviscence du trauma sexuel et réactualisation de fantasmes archaïques
 - Relations mère-bébé : des interactions gratifiantes avec un bébé différencié
 - Ambivalence à l'égard des mouvements d'opposition du bébé et remise en cause de la valorisation induite par le rôle de mère
 - Angoisse de séparation
- REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE.....363
 - Etre-mère vs être-femme et sentiment de culpabilité exacerbé
- PERE DU BEBE ET RELATIONS DE COUPLE.....366
- INVESTISSEMENT ET REPRESENTATIONS DU CORPS DU POST-PARTUM.....368
- RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES.....369
 - « Devenir mère » et reviviscence des conflits d'autonomie-dépendance et œdipien

2.1.2.	<u>Protocole du Rorschach et psychogramme d'Eléonore</u>	370
2.1.3.	<u>Analyse du protocole du Rorschach d'Eléonore</u>	375
2.1.3.1.	<i><u>Clinique de la passation</u></i>	
2.1.3.2.	<i><u>Analyse des processus de pensée</u></i>	
2.1.3.3.	<i><u>Représentations de soi, narcissique</u></i>	
2.1.3.4.	<i><u>Représentations de relations</u></i>	
2.1.3.5.	<i><u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u></i>	
2.1.3.6.	<i><u>Conclusion</u></i>	
2.1.4.	<u>Protocole du TAT d'Eléonore</u>	380
2.1.5.	<u>Analyse du protocole du TAT d'Eléonore</u>	389
2.1.5.1.	<i><u>Synthèse des procédés</u></i>	
2.1.5.2.	<i><u>Synthèse des problématiques</u></i>	
2.1.6.	<u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs d'Eléonore</u>	391
2.2.	<u>THEODORA</u>	397
2.2.1.	<u>Analyse clinique des entretiens de recherche de Théodora</u>	397
2.2.1.1.	<i><u>Analyse clinique de l'entretien n°1 de Théodora</u></i>	397
	• <u>CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE</u>	397
	• <u>VECU DE LA GROSSESSE</u>	397
	○ Désir d'enfant et connaissance de la grossesse	
	○ Les mouvements fœtaux et les échographies comme support de la rencontre avec le fœtus	
	○ Représentations et investissement de l'enfant	
	• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	399
	○ L'arrivée d'un puîné dans la famille et la réactivation des conflits infantiles maternels	
	• <u>RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES ET LA FRATRIE</u>	401
	○ La rivalité fraternelle exacerbée : entre problématiques œdipienne et narcissique	

○ Rivalité œdipienne, identification et séparation avec sa mère	
• <u>PERE DU BEBE ET COUPLE PARENTAL</u>	403
2.2.1.2. <u>Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Théodora</u>	405
• <u>CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE</u>	405
• <u>CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE</u>	405
• <u>L'ACCOUCHEMENT</u>	405
• <u>LE BEBE</u>	406
○ Des problèmes de santé du bébé sources de culpabilité	
○ L'alimentation et le sommeil	
○ L'ambivalence face à la séparation et l'autonomisation du bébé	
○ Représentations du bébé	
• <u>REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE</u>	409
○ Ambivalence entre centration sur ses enfants et son rôle de mère et désir de réinvestir d'autres activités et statuts : réactivation de la rivalité œdipienne et fraternelle	
○ Complexe de castration et remise en jeu du désir de l'enfant imaginaire après chaque naissance	
• <u>PERE DU BEBE ET COUPLE PARENTAL</u>	412
• <u>RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES ET A LA FRATRIE</u>	413
○ Les rivalités œdipienne et fraternelle toujours au premier plan	
○ Blessure narcissique et recherche de reconnaissance et de valorisation de la part des figures parentales	
2.2.2. <u>Protocole du Rorschach et psychogramme de Théodora</u>	415
2.2.3. <u>Analyse du protocole du Rorschach de Théodora</u>	421
2.2.3.1. <u>Clinique de la passation</u>	
2.2.3.2. <u>Analyse des processus de pensée</u>	
2.2.3.3. <u>Représentations de soi, narcissique</u>	
2.2.3.4. <u>Représentations de relations</u>	
2.2.3.5. <u>Modalités d'angoisse et procédés défensifs</u>	
2.2.3.6. <u>Conclusion</u>	

2.2.4. <u>Protocole du TAT de Théodora</u>	425
2.2.5. <u>Analyse du protocole du TAT de Théodora</u>	435
2.2.5.1. <i>Synthèse des procédés</i>	
2.2.5.2. <i>Synthèse des problématiques</i>	
2.2.6. <u>Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Théodora...</u>	437

ANNEXES PARTIE INSTITUTIONNELLE

1. <u>QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DES CSAPA ET UNITES D'ADDICTOLOGIE</u>	441
2. <u>QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DES MATERNITE (/NEONATALOGIE)</u>	445

1. LA TOXICOMANIE AU CARREFOUR DU BIOLOGIQUE, DU PSYCHOLOGIQUE ET DU SOCIAL : UNE SOURCE DE VARIABILITE INTERINDIVIDUELLE FACE A LA DEPENDANCE

Notre approche des addictions et de la toxicomanie s'intègre aux théories psychanalytiques psychodynamiques. Cependant, dans une perspective plus intégrative, il convient de rappeler que la toxicomanie se situe au carrefour du biologique, du psychologique et du social (Pédinielli & al., 1997 ; Olivenstein, 1978). Il semble alors important pour sa compréhension de ne pas oublier les autres facteurs de vulnérabilité biologiques et sociaux, au-delà des éléments psychodynamiques. Les facteurs de vulnérabilités sont compris comme l'ensemble des déterminants qui favorisent les dommages liés à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (Varescon, 2010 : 441). Divers modèles de compréhension des addictions ont ainsi été développés dans d'autres domaines et notamment en neurobiologie. Ces modèles ne s'opposent pas à nos propres conceptions qui relèvent d'une perspective psychanalytique psychodynamique. Les uns et les autres peuvent s'avérer complémentaires. Nous exposerons brièvement les différents facteurs de variabilité interindividuelle dans la dépendance avant de présenter, de façon non-exhaustive, certains modèles neurobiologiques, cognitivo-comportementaux et biopsychocomportementaux, ou encore sociaux.

1.1. La variabilité interindividuelle face à la dépendance

La drogue étant au carrefour du biologique, du psychologique et du social on retrouve en premier lieu, la variabilité interindividuelle dans la réponse face aux actions des drogues du point de vue physiologique. (Varescon, 2010 ; Bergeret, 1982).

Ensuite, les aspects liés à la personnalité du sujet jouent également un rôle très important. Une personnalité caractérisée par la recherche de sensations (Zuckerman, 1983), une réactivité émotionnelle défaillante (alexithymie, anhédonie (Corcos & al., 2003), des troubles déficitaires de l'attention (Marshall et al., 2006), des troubles affectifs, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, ...) et/ou des troubles psychiatriques (personnalité psychopathique, état-limite, narcissique ou schizophrène) (Verheul, 2001) va ainsi avoir plus tendance à présenter des risques de toxicomanie (cités dans Varescon, 2010).

Les facteurs environnementaux (exposition à la drogue ou conduite susceptible de donner lieu à une dépendance, attitude des proches à l'égard de la drogue, entraînement social,

représentation sociale attachée à la conduite, immigration, marginalisation, précarité, isolement social, ...) sont également à prendre en compte et la famille n'en est pas le moins important. (Bergeret, 1982 ; Varescon, 2010). Bergeret (1982) dit que la toxicomanie peut apparaître dans des structures familiales variées mais que certaines conditions ponctuelles sont présentes dans la majeure partie d'entre elles. Ce sont souvent des familles monoparentales. Dans le cas de familles biparentales, l'un des parents peut présenter un alcoolisme où un usage habituel de tranquillisants. Une absence de représentations parentales authentiques (incapacité d'un modèle identificatoire) est mise en cause dans la toxicomanie. Et du fait de l'assujettissement d'un ou des parents, l'enfant va penser que devant le « mal à vivre » la seule solution sera magique et extérieure à soi. Selon Corcos et Jeammet (2006), les conduites à risque et de dépendance s'observent plus dans des familles marquées par le vide identificatoire par manque d'épaisseur et de continuité, et dans des familles où un excès de contrainte impose des identifications inacceptables. L'extérieur occupe une place prédominante dans ces deux organisations familiales, ce qui favorise l'idéalisation de stéréotypes culturels et court-circuite les conflits identificatoires nécessaires à la subjectivité. Bergeret (1982) explique également que c'est grâce à une bonne identification à des modèles parentaux stables intégrant violence et tendresse que le sujet va pouvoir construire une personnalité stable et intégrée et devenir autonome. Tout cela ferait donc défaut chez le sujet toxicomane. Varescon (2010) ajoute que le manque de repères et l'inconsistance des règles, les conflits intenses et la perception d'un manque de proximité vont également jouer un rôle dans l'apparition d'une addiction. Il est également maintenant reconnu par tous les auteurs l'importance des composantes transgénérationnelles comme facteur de vulnérabilité chez les sujets toxicomanes.

Les dimensions socioculturelles actuelles auraient également un impact sur la problématique de l'écart narcissico-objectal à l'adolescence. La société actuelle attribue une importance croissante à la valorisation narcissique au détriment de la relation à l'autre. L'acquisition de « choses » est favorisée et encouragée, ce qui favorise des pathologies de l'idéalité et du self. La réalité sociale peut mettre en échec et rendre inopérant certains mécanismes de défense protecteurs (refoulement, déplacement, ...) et en favoriser d'autres plus archaïques (déli, clivage, ...) (Corcos & Jeammet, 2006).

La disponibilité des substances et la précocité d'exposition au sein de la famille vont être également déterminantes. Le groupe de pairs tiendrait également un rôle renforçateur. La précocité d'initiation et de consommation serait finalement le facteur le plus prédictif de l'apparition d'une dépendance après l'adolescence. (Varescon, 2010). Une exposition à des

situations de vie stressantes, à des périodes critiques peut prédisposer une personne vulnérable à initier un comportement à risque addictif. (Richard, 2007).

1.2.Le modèle neurobiologique des addictions

Toutes les substances additives agissent directement ou indirectement sur les réseaux de neurones du SNC et particulièrement au niveau des neurones dopaminergiques (corps cellulaires situés dans l'aire tegmentale ventrale et axones qui atteignent le noyau accumbens, le tubercule olfactif, le cortex frontal et l'amygdale). La voie dopaminergique peut être activée par une activation directe par des substances qui soit favorisent la libération de dopamine (amphétamine, métamphétamine, phentermine...), soit inhibe sa recapture (cocaïne, méthylphénidate...) ou par une activation indirecte par levée d'inhibition du fonctionnement des voies mésocorticolimbiques au niveau des neurones de l'aire tegmentale ventrale (opioïdes, cannabis). Les substances psychoactives stimulent ce que l'on appelle « le circuit de la récompense ». Des études neurobiochimiques ont fait du système de récompense un substratum important de la dépendance psychique, ce qui ne va pas de soi même si les produits addictifs peuvent activer le système de récompense (Koob, 1992 ; Cesaro, Keravel, Ollat et al., 1994 ; Besson, 1992, cités dans Pirlot, 2014). « La grande variété des réponses comportementales nécessite que certains réseaux, et par conséquent certaines structures cérébrales, soient sélectionnés en fonction de chaque situation vécue par le sujet. Cette sélection est réalisée par un autre ensemble de neurones, modulateurs, superposé au premier circuit. Ces neurones modulateurs, minoritaires dans le système nerveux central puisqu'ils représentent moins de un pour cent des cent milliards de cellules présentes dans le cerveau, comprennent les neurones sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques. Dans cet ensemble, la dopamine tiendrait le rôle de modulateur final de l'essentiel des sorties motrices ou psychiques. C'est pourquoi une atteinte du système dopaminergique peut se traduire aussi bien par des troubles moteurs, comme dans le cas de la maladie de Parkinson, que psychiques, comme dans certaines psychoses telle que la schizophrénie » (Tassin, 2007, cité dans Pirlot, 2014 : 186). Le système dopaminergique est ainsi déterminant dans la dépendance dans la mesure où il modifie le circuit de la récompense en indiquant au sujet son état physique et psychique (informations externes et internes sur la nourriture, la chaleur, le plaisir sexuel). Néanmoins, Tassin (2007, cité dans Pirlot, 2014 : 186) ajoute que « les neurones dopaminergiques ne font pas partie à proprement parler du circuit de la récompense, mais [que] leur activation stimule ce circuit et provoque une sensation de satisfaction ». L'effet se renforce au fil des prises. Robinson et Berridge ont ainsi remis en cause le lien entre dopamine et plaisir, précisant qu'il faut différencier la recherche de

la drogue et la satisfaction qu'elle apporte. Le sujet toxicomane serait surtout « possédé » par le désir – confondu ici au besoin – de se procurer sa drogue (compulsion), le plaisir qu'il retire de celle-ci étant secondaire. Pour Robinson et Berridge, seule la recherche du produit est sous le contrôle des neurones libérant la dopamine. Quant au plaisir, il relèverait d'autres voies nerveuses. « Les produits toxicomanogènes agissent sur les neurones libérant la dopamine, cette action se comptant en dizaines de minutes, fenêtre de temps durant laquelle les taux extracellulaires de dopamine sont artificiellement élevés, tous les événements de l'environnement ainsi que les sensations psychiques peuvent être associés à la récompense. Cette mémorisation des associations se maintient des mois, voire des années, la dépendance psychique apparaissant relever d'un processus à très long terme » (Tassin, 2007, cité dans Pirlot, 2014 : 187). Pirlot (2014) s'appuie sur les travaux de Tassin (2007) concernant l'existence de certaines dépressions qui seraient le résultat de dysfonctionnement du circuit dopaminergique et son hypothèse qu'une « partie des situations de dépendance ne serait ainsi que le reflet de pathologies dépressives préexistantes » (Tassin, 2007, cité dans Pirlot, 2014 : 187). Pirlot (2014) fait alors le lien avec les observations psychanalytiques de prévalence des dépressions et de la problématique de perte d'objet chez les sujets addits. D'autres substances comme l'alcool ou la morphine viennent essentiellement modifier d'autres neurones, noradrénergiques et sérotoninergiques. Ils deviennent hyperactifs car ils ont été dissociés : chacun va faire comme il veut. Le couplage et la régulation mutuelle entre ces deux ensembles neuronaux disparaissent lors de la répétition de prises de drogues toxicomanogènes. Pendant le sevrage, les toxicomanes souffriraient de cette désynchronisation entre neurones noradrénergiques et sérotoninergiques. La consommation de drogue qui en est à l'origine pourrait paradoxalement l'abolir (de façon temporaire) puisque « l'absence de lien entre les deux ensembles neuronaux n'est plus douloureuse, ce qui montre que la vulnérabilité des toxicomanes à la rechute provient du découplage noradrénaline-sérotonine concomitant à une sensibilisation comportementale pouvant durer jusqu'à une année après la dernière prise » (Tassin, 2007, cité dans Pirlot, 2014 : 188). Pirlot (2014) y voit une preuve neurobiologique « d'un « au-delà du principe du plaisir » provenant d'une « déliaison » entre affect et représentation inscrite dans le tissu psychique, provoquée par de microtraumatismes répétés (traumatismes cumulatifs) comme ceux trouvés chez les futurs états-limites (infra) dont nombre auront des conduites addictives, voire toximaniaques ; [et] de la visée traumatolytique d'une répétition de cette déliaison (découplage) comme procédé antitraumatique, celui-ci étant précisément une des visées des procédés autocalmants décrits par Smadja (1993) et Szwec (1993) » (Pirlot, 2014 : 188). Pirlot (2014) fait également le lien entre l'hypothèse de Tassin

(2007) d'une origine probable de découplage entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques du fait d'un « stress chronique », et les traumatismes répétés dans l'enfance des patients toxicomanes comme source de ce « stress chronique ».

1.3. Les modèles cognitivo-comportementaux et biopsychocomportementaux

Paris les modèles cognitivo-comportementaux les plus importants, nous pouvons retenir le conditionnement classique de Pavlov, le conditionnement opérant de Skinner et le modèle d'apprentissage de Bandura. (Richard, 2007).

Beck (cité in Varescon, 2005) explique les conduites addictives avec substances de la manière suivante: les processus cognitifs (manifestations, accommodations) traitent l'information (stimuli) en fonction de schémas cognitifs (représentations organisées à long terme). Le traitement consiste à transformer et filtrer l'information pour aboutir à des événements cognitifs (pensée et image mentale) qui interagissent avec des comportements moteurs. Beck a isolé deux types de schémas dysfonctionnels présents chez les toxicomanes. Suite à l'association d'une proposition conditionnelle avec un de ces schémas, on aura une stratégie compensatoire. Celle-ci est un comportement sous-tendu par une croyance qui va tenter de résoudre la proposition conditionnelle. Le sujet consommera de la drogue en croyant qu'il lui sera plus facile de vivre la situation présente et la conditionnelle ne sera pas validée. Les pensées dysfonctionnelles sont mêlées aux facteurs de fragilisation personnelle du sujet comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles, de communication, la dépression, une faible estime de soi, l'impulsivité, ... Il faut aussi prendre en compte le processus de répétition et les éléments de l'histoire du sujet (qui peuvent être des déclencheurs) pour comprendre le comportement addictif.

Zuckerman développe son le modèle de recherche des sensations (1969, 1979, 1983, cité in Pédielli & al., 1997 ; Varescon, 2005). Selon lui, le besoin d'atteindre et de maintenir un niveau d'activation optimal de stimulation et la recherche de sensations sont des composantes de certaines personnalités et des facteurs explicatifs du comportement addictif. Le sujet va avoir davantage besoin d'expériences nouvelles, complexes et variées que d'autres personnalités. Il aura une plus grande volonté à prendre des risques physiques et sociaux pour obtenir de telles expériences dans le but de maintenir un niveau maximal d'activation cérébrale. Il existe une échelle avec quatre facteurs de personnalité : la recherche de danger et d'aventure (activités sportives socialement acceptées), la recherche d'expériences (intellectuelles ou sensorielles qui implique un mode de vie non conventionnel), la désinhibition recherche de sensations par

l'hédonisme, la boisson, le sexe, le jeu) et enfin la susceptibilité à l'ennui (intolérance à la monotonie, à la routine et aux gens ennuyeux). Selon Zuckerman, des sujets obtenant des scores élevés à ces différentes échelles seront souvent retrouvés parmi les sujets toxicomanes. Il explique ainsi qu'il existe une relation étroite entre recherche de sensations et toxicomanie, le comportement addictif aurait une valeur adaptative en modulant le niveau d'activation corticale qui est trop faible pour le sujet.

Apter (1989, 1993, cité in Richard, 2007 ; Varescon, 2005) comprend la toxicomanie à partir de son modèle de renversement des sensations. Il stipule l'existence d'états psychologiques opposés qui fonctionnent par paire et entre lesquels nous opérons des « renversements », des « allées et venues ». Ces paires d'états psychologiques déterminent l'interprétation donnée à nos motivations. Dans la dépendance, la paire d'états impliquée est l'état de recherche d'activation opposée à l'état d'évitement de l'activation. Le sujet bascule de l'un à l'autre en fonction des situations mais souvent, l'un des deux est dominant et détermine une caractéristique de la personnalité. La recherche d'activation permet la mise en place de cadres psychologiques protecteurs pour pouvoir vivre des situations et activités agréables à l'abri de l'anxiété. Mais c'est à partir de cette recherche d'activation que la dépendance apparaît car ces individus vont rester « bloqués » sur celle-ci. Ils ne vont pas être capables de passer à l'état d'évitement d'activation sans éprouver de l'anxiété ni de se détendre dans des contextes de faible stimulation sans ressentir un ennui mortel. Cela aboutit à une recherche constante d'un haut niveau d'activation par la prise de drogue ou par des activités compulsives-agressives.

Brown (cité in Richard, 2007 ; Varescon, 2005) développe ses conceptions de la compréhension de la toxicomanie à travers la question de la gestion hédonique. Pour lui, les dépendances représentent des stratégies de gestion des niveaux de plaisir/déplaisir. L'addiction serait ainsi un phénomène motivationnel lié à des attentes et des valeurs déterminées par un apprentissage social de nature cognitive. La dépendance serait donc une forme extrême d'autogestion motivationnelle ordinaire dans la vie de tous les jours. L'individu va agir sur son état de bien être en jouant sur les niveaux d'activation et ses états psychologiques. Cette gestion a été apprise pendant l'enfance mais peut être à l'origine de besoins secondaires artificiels liés à un « décalage hédonique » (différence entre le niveau de mal-être toléré et les niveaux de mal-être que l'individu vit habituellement). Cela aboutira à une dépendance en augmentant une activité pour réduire le décalage.

Enfin, en 1999 Loonis (cité in Varescon, 2005) développe, en s'appuyant sur les théories d'Apter et Brown, une théorie générale des addictions fondée sur le concept de systèmes d'actions. Selon ce modèle, toutes nos activités remplissent deux fonctions : une fonction

pragmatique d'adaptation et une fonction pragmalogique d'adaptation à soi (gestion hédonique). L'addiction va être décrite comme un blocage de l'individu sur des niveaux élevés d'activation et des états psychologiques paratéliques. Ceux-ci se caractérisant par une orientation vers le plaisir pour l'activité et les sensations, la spontanéité, une faible signifiante et une haute activation.

1.4. Théories intégratives de l'addiction

Peele en 1985 (cité in Pédinielli & al., 1997 ; Richard, 2007 ; Varescon, 2005) développe un modèle issu de la psychologie sociale et qui peut être relié aux considérations d'Olievenstein concernant la toxicomanie au carrefour bio-psycho-social (1978). Peele tente d'expliquer la toxicomanie en prenant en compte des facteurs biologiques, de personnalité et le contexte environnemental, social, politique et culturel de l'individu. On parlera donc de théorie intégrative de l'addiction. D'après lui, la dépendance est liée à la fois à la composition chimique de la substance mais aussi à l'expérience que le sujet en fait. L'addiction serait liée à la notion d'échec du sujet qui va engendrer des doutes par rapport à sa capacité à réussir et qui aboutira à un sentiment d'incompétence sociale et personnelle. L'addiction va permettre de compenser cette faible estime de soi. L'effet analgésique ressenti servira de renforcement au comportement addictif et poussera le sujet à consommer de nouveau. La toxicomanie n'affectera que certaines personnes car il faut prendre en compte l'environnement et les réactions du sujet face à la situation, réactions qui seront différentes selon la personnalité.

1.5. La toxicomanie comme conduite ordalique

Charles-Nicolas et Valleur (1981, 1982, cités in Pédinielli & al., 1997 ; Varescon, 2005) développe une compréhension de la toxicomanie en référence aux conduites ordaliques. L'Ordalie est en fait le « jugement de Dieu », c'est à dire un phénomène, une « image théorique » qui associe l'incertitude de la filiation (référence à l'identité), la volonté de Dieu, une épreuve réelle impliquant la mort (référence à une sanction irréductible et au complexe de castration) et le triomphe. Les conduites ordaliques seraient ainsi un « comportement répété de mise à l'épreuve, de prise de risque visant la régénération par confrontation à la mort ». Le sujet va tenter de maintenir son identité en mettant en jeu sa survie pour obtenir finalement un triomphe mégalomane face à une expérience mortelle. Il remet sa vie entre les mains d'un « tout puissant » pour répondre à une dette symbolique à laquelle le sujet toxicomane ne peut pas accéder, selon les auteurs, à cause de son déni de la castration.

ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

A. ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : RECUEIL DES DONNEES

1. ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET RECHERCHE

1.1. Formulaire d'information



Lettre explicative concernant la recherche

Madame,

La recherche à laquelle nous vous proposons de participer s'intitule « *Toxicomanie et Maternité : La qualité du processus de maternité chez la femme toxicomane* ».

L'objectif de cette étude est d'étudier l'évolution des représentations des femmes enceintes toxicomanes ou ayant été toxicomanes (femmes sous substitution) concernant d'une part leur grossesse, leur maternité, l'enfant et les relations avec ce dernier et d'autre part, la relation au produit (drogue ou substitut). Il s'agit en arrière-plan, de repérer si les modifications psychiques observées pendant la grossesse se poursuivent après la naissance de l'enfant et si elles représentent un indicateur prédictif fiable de la qualité des relations mère-enfant.

L'objectif final est d'avoir une meilleure connaissance des remaniements psychiques potentiels pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant, dans le but de mieux former les professionnels confrontés à cette problématique, et ainsi d'adapter et d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge proposés aux femmes enceintes toxicomanes et substituées au moment de la grossesse et pendant les premiers mois de l'enfant.

Dans cette optique, nous allons vous proposer trois entretiens semi-directifs, c'est-à-dire composés de questions ouvertes et la passation de tests et d'échelles :

- Un premier entretien entre le 7^{ème} et le 9^{ème} mois de grossesse (troisième trimestre), relatif au vécu de votre grossesse accompagné de la passation des dix planches du test projectif du Rorschach.
- Un second entretien aux quatre mois de votre enfant pour échanger autour de votre nouveau statut de mère accompagné de la passation du test projectif du TAT.
- Un entretien final aux 10-12 mois de votre enfant.

Les tests projectifs permettront d'accéder à vos représentations inconscientes concernant aussi bien vous-même, votre enfant, que les relations aux autres ou au produit. Nous pourrions être amenés à vous contacter entre ces trois entretiens, avec votre accord. Chaque entretien fera l'objet d'un enregistrement audio (à l'aide d'un dictaphone), sauf refus de votre part.

Un formulaire dit « de consentement » va également vous être présenté. Celui-ci est garant de votre compréhension et de votre acceptation libre et éclairée de participer à la recherche. L'entretien ne débutera qu'après signature de cette lettre par vous-même et par l'investigateur principal. **Votre consentement à poursuivre la participation à la recherche peut néanmoins être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence sur la suite de votre prise en charge médicale.** Les réponses aux questions posées par l'investigateur principal ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour vous.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de la recherche et nous vous remercions d'accepter d'y participer.

L'investigateur principal, Anaëlle BAZIRE
Dirigée par le Pr Nadine Proia-Lelouey

1.2. Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

La recherche s'effectue dans le cadre d'un projet de doctorat, sous la direction de :

Promoteur : **CERReV** (Centre d'Etudes et de Recherches sur les Risques et les Vulnérabilités - Axe : Santé : Enjeux humains et sociétaux) - **MRSH** (Maison de la Recherche en Sciences Humaines) & **Université de Caen Basse-Normandie**, Esplanade de la paix, 14000 Caen.

Investigateur principal : **Anaëlle BAZIRE**, psychologue et doctorante de Psychologie Clinique et Pathologique à l'Université de Caen Basse-Normandie, sous la direction de Mme **Nadine PROIA-LELOUEY**, Professeur de Psychologie Clinique et Pathologique et co-responsable de l'axe « Santé » du CERReV.

Titre de l'étude : « *Toxicomanie et Maternité : La qualité du processus de maternité chez la femme toxicomane* ».

But de l'étude : Le but de cette étude est d'étudier l'évolution des représentations des femmes enceintes toxicomanes ou ayant été toxicomanes (femmes sous substitution) concernant d'une part leur grossesse, leur maternité, l'enfant et les relations avec ce dernier et d'autre part, la relation au produit (drogue ou substitut). Il s'agit en arrière-plan, de repérer si les modifications psychiques observées pendant la grossesse se poursuivent après la naissance de l'enfant et si elles représentent un indicateur prédictif fiable de la qualité des relations mère-enfant. L'objectif de cette recherche est donc d'avoir une meilleure connaissance des remaniements psychiques potentiels pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant, dans le but de **mieux former les professionnels** confrontés à cette problématique et ainsi d'adapter et d'**améliorer**

l'accompagnement et la prise en charge proposés aux femmes enceintes toxicomanes et substituées.

Engagement de l'investigateur principal : En tant qu'investigateur principal, Mme Bazire s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participantes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Dans l'hypothèse où ces entretiens auraient un effet déstabilisant, l'investigateur principal s'engage à fournir tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs ayant pu découler de la participation à cette recherche.

Engagement du sujet : L'engagement du sujet va consister à participer librement et de façon éclairée à l'étude, sous forme d'un à trois entretiens, enregistrés à l'aide d'un magnétophone. La passation des tests projectifs du Rorschach et du Thematic Apperception Test (TAT) sera également proposée. Les entretiens auront lieu au troisième trimestre de la grossesse, aux 4 et aux 10-12 mois de l'enfant.

Information du sujet : Le sujet a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Bénéfice de l'étude pour le sujet : Cette étude est faite sans aucun bénéfice direct pour le sujet.

Risque de l'étude pour le sujet : L'étude ne présente aucun risque spécifique pour le sujet. Si la personne le souhaite, elle pourra à la suite des entretiens qu'elle aura eus dans le cadre de cette étude, être orientée vers un professionnel spécialisé (psychologue, médecin, ...) ou vers un centre de consultations spécialisées.

Liberté du sujet et droit de retrait : Le consentement à poursuivre la participation à la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence sur la suite de la prise en charge médicale du sujet. Les réponses aux questions posées par l'investigateur principal ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Le sujet peut également accepter de participer à la recherche tout en refusant d'être enregistré lors des entretiens.

Garantie de confidentialité des informations recueillies : Toutes les informations concernant le sujet seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans le cadre de la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable puisque tout est anonyme).

Déontologie et éthique : Le promoteur et l'investigateur s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le sujet.

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de la recherche et nous vous remercions d'accepter d'y participer.

Je soussignée

déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée :
« *Toxicomanie et Maternité : La qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane* ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, les bénéfices, les risques et la méthodologie de l'étude. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que l'investigateur principal m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à cette étude.

Fait à _____ le _____

en deux exemplaires.

Signatures :

X

Sujet de l'étude :

X

L'investigateur principal :

2. OUTILS UTILISES : L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

2.1. Guide d'entretien n°1

ENTRETIEN n°1 - 1^{ère} rencontre - troisième trimestre de grossesse

DATE :

SUJET :

ÂGE :

Frères/sœurs :

CONSIGNE INAUGURALE : Je souhaiterais que vous me racontiez votre grossesse et son histoire, du jour où vous avez appris que vous étiez enceinte jusqu'à aujourd'hui. Je vous laisse me raconter ce que vous souhaitez et je vous poserai ensuite des questions pour avoir plus de détails ou pour évoquer quelque chose dont vous n'aurez pas encore parlé. Si une question vous dérange ou vous gêne ou que vous ne souhaitez pas y répondre, il n'y a pas de problème. Vous n'êtes pas obligée d'y répondre.

Exemple : Est-ce que c'était désiré ; comment ça s'est passé au début et comment ça se passe aujourd'hui ; ce que vous avez vécu et ressenti au niveau de votre corps et dans votre tête ; les bons et les mauvais moments ; les changements que ça a pu amener pour vous et dans votre vie en général ; votre enfant, comment vous l'imaginez, si vous avez des relations avec lui ; vos désirs ; vos craintes. Et puis comment vous imaginez l'avenir avec lui.

THEMES - RELANCES :

◆ *Pourriez-vous me dire/me parler/me raconter*

◆ *Racontez-moi ...*

◆ *Vous m'avez dit que (...) pourriez-vous m'en dire plus ? / me donner des exemples ? / me le décrire plus précisément ?*

◆ *Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez me dire/dont vous souhaiteriez me parler ?*

◆ *Nous avons parlé de (...), y a-t-il d'autres éléments/choses que vous souhaiteriez dire ?*

● Désir d'enfant :

- Enfant programmé/désiré ou arrivé par hasard ?
- Programmé/désiré depuis combien de temps
- Difficultés pour avoir cet enfant ?

- Choix du couple ou personnel ? - Père du bébé présent dans sa vie ? Conjoint est-il le père du bébé ?
- Déjà d'autres enfants ? Combien ? Quel âge ?
- Avortements ou fausses couches ? Age et circonstances

● **Grossesse :**

- Terme de la grossesse ?
- Comment avez-vous su que vous étiez enceinte ?
- Quand l'avez-vous appris (quel semaine/mois) ?
- Quelles réactions (physiques et émotionnelles) - comment vous êtes-vous sentie ?
- En avez-vous parlé à quelqu'un et à qui ?
- Comment a réagi votre conjoint/le père du bébé (physiques et émotionnelles - compétition, jalousie, envie, manque d'intérêt, peurs, etc) ?
- Comment a réagi votre mère (physiques et émotionnelles) ?
- Changements corporels : lesquels ?
Ressentis à quel moment ?
Ce que vous ressentez face à ces changements ? Positifs, négatifs ? Pourquoi ?
Vêtements pré-mamans ?
- Sensations corporelles : lesquelles ?
Ressenties à quel moment ?
Ce que vous ressentez face à ces sensations ? Positifs, négatifs ?
Pourquoi ?
- Moments joyeux pendant la grossesse ?
- Moments difficiles pendant la grossesse - comment ont-ils été vécus/affrontés ? Impact sur la grossesse
- Peurs, craintes spécifiques ?
- Quelqu'un pour vous soutenir ? Qui ?
- Rêves pendant la grossesse ? Lesquels ?
- Changements dans votre vie liés à la grossesse ? Lesquels ? Comportement - Habitudes - Drogue - Relations aux autres
- Avez-vous fait toutes les visites médicales, les examens de contrôle de la grossesse ?
Accompagnée ? Par qui ?
- Soutien pendant la grossesse ? Entourée ? Par qui ?
- Vécu de la grossesse en général

● **Enfant :**

- Qu'avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes rendue compte qu'il y avait un enfant en vous ?
- Quand est-ce arrivé ? Quel mois et dans quelles circonstances ?

- Sentez-vous le bébé bouger ? Depuis quand ?
- Qu'avez-vous ressenti la première fois qu'il a bougé ?
- Bouge beaucoup ou peu ? D'après vous, pourquoi ? (exemple : lié à son tempérament)
- Que ressentez-vous quand vous le sentez bouger ? Positif ? Négatif ?

- Comment imaginez-vous votre enfant ? Physique - caractère - sexe
- Et votre conjoint/père du bébé ?

- Avez-vous vu votre bébé à l'échographie ?
- Qu'avez-vous ressenti ? Et votre conjoint ?

- Avez-vous rêvé de votre bébé/enfant ?

- Prénom pour le bébé ? Votre choix - celui du couple ? Pourquoi ce prénom ?

- Craintes, inquiétudes et désirs par rapport au bébé ? Santé - caractère - ...

- Estimez-vous avoir une relation actuellement avec votre bébé ? Comment la décririez-vous ? (exemple : lui parle (en « vrai » et « dans sa tête »), l'appelle, en pensée, touche son ventre, fait écouter de la musique, ...)
- Et votre conjoint ?

- Pensez-vous à comment sera votre enfant quand il sera né ?
- Comment l'imaginez-vous pendant les premiers mois ? caractère - physique - Et ensuite ?
- Comment voudriez-vous qu'il soit ? Pendant les premiers mois - ensuite
- Comment ne voudriez-vous pas qu'il soit ?
- Caractéristiques de vous, votre conjoint, votre famille ou famille du conjoint que vous souhaiteriez qu'il ait/n'ait pas ?

- De quoi pensez-vous qu'il aura besoin les premiers mois ?
- Comment pensez-vous que ça sera quand le bébé sera là ? Quelles différences par rapport à avant la grossesse ? dans la vie en général - habitudes - comportement - relations avec les autres (dont conjoint et mère)

● ***Elle-même comme femme & mère :***

- Comment vous imaginez-vous comme mère ?
- Quel genre de mère estimez-vous que vous serez ?
- Quel genre de mère voudriez-vous être ?
- Quel genre de mère ne voudriez-vous pas être ?
- Désirs/peurs/inquiétudes par rapport à son nouveau statut ?
- Aide après la naissance ? De qui ? Pensez-vous en avoir besoin ?
- Quand reprendrez-vous le travail ?
- Conjoint a-t-il prévu de prendre un congé parental ?

● **Conjoint/père du bébé :**

- Estimez-vous que le rapport avec votre partenaire a changé et de quelle façon ? - habitudes - diminution ou augmentation des conflits - vie sexuelle - comportement envers vous - Quelles différences par rapport à avant la grossesse ?
- S'intéresse-t-il à la grossesse ? De quelle façon ?
- Est-il présent pendant la grossesse ? De quelle manière ?
- Relations avec le futur bébé ?
- Place auprès du bébé après la naissance ? Laquelle ?
- *Si père du bébé différent du conjoint :* Quelle place pour le père du bébé ? Pour le conjoint ?

● **Mère de la femme : Biologique et/ou mère de substitution**

- Comment décririez-vous la relation que vous aviez avec votre mère avant la grossesse ?
- Et pendant la grossesse ? Différente ? Plus froide/chaleureuse ?
- Place de sa mère pendant la grossesse ? - soutien, ...
- Après la naissance, place auprès du bébé ? Laquelle ?
- Comment voit/se représente sa propre mère ?
- En quoi pensez-vous que vous ressemblerez ou non à votre mère avec votre enfant ?
- En quoi voudriez-vous ressembler à votre mère avec votre enfant ?
- En quoi ne voudriez-vous pas ressembler à votre mère avec votre enfant ?

● **Enfance et adolescence :**

- Comment étiez-vous quand vous étiez enfant ? - Aspect, tempérament, habitudes (pendant la première année).
- Comment décririez-vous votre enfance ?
- Comment était la relation avec vos parents quand vous étiez enfant ?
- Description de la relation avec votre mère
- Description de la relation avec votre père
- Climat familial pendant votre enfance ?
- Evènements heureux, douloureux, marquants dans votre enfance ?

- Comment décririez-vous votre adolescence ? - physique, bien-être psychique, relations amicales/amoureuses/sexuelles, conduites à risques, scolarité, ...
- Comment était la relation avec vos parents quand vous étiez adolescente ?
- Description de la relation avec votre mère
- Description de la relation avec votre père
- Climat familial pendant votre adolescence ?
- Evènements heureux, douloureux, marquants dans votre adolescence ?

- A quel moment avez-vous su que vous voudriez être mère un jour ?

● **Accouchement :**

- Ressentis à l'approche de l'accouchement ?
- Comment imaginez-vous l'accouchement ?

- Cours de préparation à l'accouchement ?
- Quelqu'un auprès de vous à l'accouchement ? Qui ?
- Préparation (matérielle) de l'arrivée du bébé ? Aidée par quelqu'un ? Qui ?
- Soutien après accouchement (conjoint, entourage) ?
- Inquiétudes/désirs par rapport à l'avenir ?

• **Consommation(s) :**

- A quel âge avez-vous commencé à consommer ?
- Dans quelles circonstances/événement ?
- Votre conjoint consomme t-il également ?
- Quelles drogues/quels produits consommez/consommiez-vous ?
- Suivez-vous un traitement de substitution ? Depuis quand ? Est-ce votre choix ?
Pourquoi/qu'est ce qui vous a poussé à vouloir arrêter ou diminuer votre consommation ?
- Avez vous déjà essayé ou penser à arrêter/à vous faire aider pour stopper/diminuer votre consommation avant votre grossesse ? Pourquoi ?
- Quelles consommations (drogue, substitut) pendant grossesse ?
- Au courant des conséquences pour le bébé ? De la drogue ? Du traitement de substitution ?
- Peurs/inquiétudes par rapport à santé de son bébé ?
- Désir de continuer traitement substitution après grossesse/arrêter consommer/de reprendre drogue ?

Je n'ai plus de questions à vous poser, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ou dont vous voudriez parler et que nous n'avons pas encore abordées ?

2.2. Guide d'entretien n°2

ENTRETIEN n°2 – 2^{ème} rencontre – Quatrième mois de l'enfant

DATE :

SUJET :

ÂGE :

CONSIGNE INAUGURALE : Je souhaiterais que vous me racontiez la fin de votre grossesse, la naissance de votre enfant et vos premiers contacts avec lui, ainsi que vos ressentis par rapport à votre nouveau rôle de maman, du jour où nous nous sommes rencontrées jusqu'à aujourd'hui. Je vous laisse me raconter ce que vous souhaitez et je vous poserai ensuite des questions pour avoir plus de détails ou pour évoquer quelque chose dont vous n'aurez pas encore parlé. Si une question vous dérange ou vous gêne ou que vous ne souhaitez pas y répondre, il n'y a pas de problème. Vous n'êtes pas obligée d'y répondre.

THEMES - RELANCES :

◆ *Pourriez-vous me dire/me parler/me raconter*

◆ *Racontez-moi ...*

◆ *Vous m'avez dit que (...) pourriez-vous m'en dire plus ? / me donner des exemples ? / me le décrire plus précisément ?*

◆ *Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez me dire/dont vous souhaiteriez me parler ?*

◆ *Nous avons parlé de (...), y a-t-il d'autres éléments/choses que vous souhaiteriez dire ?*

● ***Fin de la grossesse :***

- Souvenirs ?
- Comment était-ce/ça s'est passé ?
- Moments particuliers (bons, mauvais) ?
- Evènements extérieurs particuliers (positifs, négatifs) ? Impact sur la fin de la grossesse ?
- Etat d'esprit par rapport à la fin de la grossesse ? l'arrivée du bébé ? - Hâte que ça se termine ?
- Angoisse ?
- Physiquement, comment vous sentiez-vous ?

● ***Accouchement :***

- A terme ?

- Par voix basse ? Césarienne ? Prévus comme ça ou surprise ? – si surprise, quels réactions/sentiments ?
- Comment ça s'est passé/déroulé ?
- Qu'avez-vous ressenti (sentiments/émotions/réactions) :
 - quand vous avez accouché ?
 - à la vue de votre bébé ?
 - la première fois sur vous/dans vos bras ?
 - avec/dans les bras du papa ?
- Papa présent à l'accouchement ? Qui d'autre ?
- Quels sentiments/réactions/émotions du papa ?
- Qui prévenu en premier dans les familles ?
- Sentiments/réactions // ventre vide/absence de mouvements et du bébé dans votre ventre ?
- Quels ressentis par rapport à la naissance de votre enfant ?

● ***Premiers jours à la maternité :***

- Combien de temps êtes-vous restés à la maternité ?
- Comment vous sentiez-vous :
 - physiquement ?
 - moralement ?
 - baby-blues ?
- Papa présent ?
- Visites de l'entourage ? Qui ?
- Moments juste à trois (et en famille réduite si d'autres enfants) ?
- Bébé avec vous dans votre chambre ?
- Comment s'est passé le début de l'allaitement (biberon/sein) ? – ressentis/réactions/sentiments (plaisir ?)
- Comment s'est passé le premier bain/le premier change ? - ressentis/réactions/sentiments (plaisir ?)
- Quels ressentis et réactions face aux pleurs du bébé ?
- Sommeil du bébé ?
- Bébé plutôt dans son lit ou contre vous ?
- Contact peau à peau ?
- Et le papa ? Participe-t-il ? De quelles manières ?
- Quelles réactions/ressentis/sentiments avec votre bébé auprès de vous ?
- Quelle relation aviez-vous avec votre bébé ? Imaginez-vous cela comme ça ?
- Imaginez-vous tout cela comme ça ?

● ***Syndrome de sevrage du nourrisson (si oui) :***

- Comment l'avez-vous su/appris ?
- Comment ça s'est passé/déroulé ?
- Qu'avez-vous ressenti/éprouvé ?
- Peurs pour le bébé ? Lesquelles ?
- Fin du sevrage ? – ressentis/émotions
- Place et accompagnement des équipes soignantes ?
- Imaginez-vous tout cela comme ça ?

● **Hospitalisation en UK (si oui) :**

- Comment l'avez-vous vécu ?
- Imaginez-vous tout cela comme ça ?

● **Retour au domicile :**

- Ressentis (anxiété, bonheur, ...) ? Pourquoi ?
- Comment se sont passés les premiers jours ?
- Soutien de l'entourage ? Qui ? – PMI ? TISF ? ...
- Soutien/participation du papa ?
- Congé paternité ?
- Avez-vous réussi à trouver un rythme ? un nouvel équilibre ? – journée-type
- Quels changements dans votre rythme/vos habitudes // avant et pendant la grossesse ?
- // alimentation (mange bien, régurgitations, prise de poids, troubles/refus, ...) – quand donnez-vous le sein (heures fixes, quand bébé demande) ?
- Alimentation peut-elle être source de craintes ou d'angoisse pour vous ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- // sommeil : rythme du bébé, dort beaucoup/peu, qui se lève la nuit, où dort le bébé ?
- Sommeil peut-il être source d'angoisses ou de craintes pour vous ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- // pleurs :
 - beaucoup/peu
 - Comment réagissez-vous ?
 - Comment les supportez-vous ?
 - Arrivez-vous à différencier pleurs de votre bébé ? Savoir ce que demande votre bébé ?
 - Source de craintes ou d'angoisses ?
 - Et pour le papa ?
- // soins corporels : qui fait ? comment ça se passe ? plaisir ?
- Imaginez-vous tout cela comme ça ?

● **Sorties depuis la naissance :**

- Lesquelles ? Pour quelle(s) raison(s) ? (ex : acheter du pain)
- Avec ou sans le bébé ? – Quelles réactions/ressentis ?
- Bébé déjà confié à quelqu'un ? Qui ? Combien de temps ? Pour quelles raisons ? Quelles réactions/ressentis ?
- Déjà ressenti le besoin de « prendre l'air », du temps pour vous seule ?

● **Relations avec les autres :**

- Avec les gens en général – avec les gens avec enfants – avec les gens sans enfants : Des changements ? Lesquels ?
- // conjoint :

- vos relations ont-elles changées ? En quoi/comment ? : +/- conflits ; // habitudes de vie/de couple ; son comportement // à vous ; comportement // bébé ; place // bébé ; vie de couple ; vie sexuelle → quelles différences // avant et pendant la grossesse ?
 - Présent // bébé ?
 - Soutien pour vous ?
 - Quelles sont ses relations avec le bébé ?
 - A-t-il fait part de sentiments d'exclusion par rapport à vous et au bébé ?
- // à votre mère :
 - Quelles réactions à la naissance de son petit-enfant ?
 - Votre relation actuelle est-elle différente // avant et pendant la grossesse ? En quoi ? (+/- proche, +/- conflits, conseil, présente, soutien, froide/chaleureuse)
 - Quelle place prend-t-elle // bébé ? Etes-vous d'accord avec ça ?
 - Quelle place lui donnez-vous/souhaiteriez-vous qu'elle ait auprès de votre enfant ?
 - Quelle grand-mère est-elle ?
- // à votre père : Idem.

● **Elle comme mère:**

- Comment vous décririez-vous comme mère ?
- Pour vous, qu'est-ce qu'être mère aujourd'hui ? Imaginez-vous cela comme ça ? Que vous seriez comme ça ? En quoi est-ce différent de ce que vous imaginiez ?
- Comment vous sentez-vous dans votre rôle de maman ? (facile/difficile, est-ce venu tout de suite ou progressivement, ...)
- Quels sentiments prédominent ?
- Pour vous, y a-t-il des choses plus difficiles que d'autres // votre rôle de mère ?
- Avez-vous des craintes ou des désirs // ce rôle ? Et pour le futur ?
- Ressemblez-vous à votre mère comme mère ? (oui/non) En quoi ?

● **Maternité // féminité :**

- Pour vous, qu'est-ce qu'être femme ?
- Comment vous sentez-vous en tant que femme ?
 - séduction
 - vie de couple
 - vie sexuelle
 - physiquement
 - temps pour vous
- Est-ce possible, pour vous, d'être mère et femme en même temps ?
- Vous sentez-vous mère à temps plein ? Femme en même temps ? Mère uniquement ?
- Retrouvez corps différent de pendant (et d'avant) la grossesse : quels ressentis/réactions ? Positif ou négatif ?
- Retour des règles – comment cela a-t-il été vécu ?
- Contraception ?

● **Bébé :**

- Comment ça se passe avec votre bébé ?
- Quelle relation avec votre bébé ? Dès naissance ou un peu plus tard ?
- Difficultés // bébé ou à votre relation ? Pour quelles raisons selon vous ? Quels ressentis face à cela et quelles réactions ?
- Craintes // à votre relation avec votre bébé ? – Lesquelles ? Pourquoi ?
- Arrivez-vous à vous « détacher » de votre enfant ?
- Est-ce qu'il vous regarde ?
- Est-ce que vous lui parlez ?
- Surnoms ?

- Comment décririez-vous le caractère de votre enfant ? Comme vous l'imaginiez ?
- Physiquement, ressemblance avec maman, papa ?
- Est-ce qu'il a un doudou ? Prend-t-il le pouce, les doigts, la suce ?

- Problèmes de santé ?
- Pathologies spécifiques (asthme, troubles du sommeil/de l'alimentation, coliques) ?
- Craintes // au bébé ? à sa santé ? - Lesquelles ? Pourquoi ?

- Et le papa ?

- Qu'est-ce qu'a changé l'arrivée de votre enfant dans votre vie ? // habitudes/relation avec les autres/couple/vous-même

- Changements/évolution // son comportement, ses réactions depuis la naissance ? Lesquels ? (tenue tête, se soulève sur avant-bras, tourne tête pour suivre objets, commence à essayer d'attraper les objets, agrippe les objets dans sa main, joue et regarde ses mains, éveil + long, sourire-réponse, vocalisation (début), explore +, + autonome, rire, expérimentation de la séparation-individuation dans les bras de maman, jeux (avec hochet, ...), ...)

● **Retour au travail/séparations ponctuelles +/- longues :**

- Comment l'avez-vous préparé ?
- Comment l'avez-vous vécu ? Et votre enfant ?
- Sevrage // allaitement sein : comment ça s'est passé ?
- Mode de garde ?
- Période d'adaptation au mode de garde ?

● **Consommation(s) :**

- Consommations pendant la grossesse ? En fin de grossesse ? Après naissance ?
 - circonstances
 - raisons
 - comment vous sentiez-vous avant ?
 - comment vous sentiez-vous après ?
- Traitement :
 - Evolution au cours de la grossesse – à naissance – maintenant ?

- Quels projets // drogue/traitement ?
- Et votre conjoint ?
- Relations avec « entourage-drogue » ?
- Suivi au CSAPA : poursuivi ou arrêté ? Pourquoi ?
- Désir/envie/besoin de consommer ressenti en fin de grossesse ? – à la naissance de l'enfant ?
- maintenant ? – Pourquoi ? Circonstances ?

● ***Futur :***

- Comment l'envisagez-vous avec le bébé ?
- Des projets ? Lesquels ?
- Comment souhaitez-vous que ça évolue ?
- Comment souhaitez-vous que le bébé évolue ?
- Comment souhaitez-vous que votre relation à tous les deux évolue ?
- Congé parental ?
- Reprise du travail : Comment l'appréhendez-vous ? Mode de garde du bébé ?
- Séparation avec le bébé : Comment l'appréhendez-vous ?

● ***Comment vous sentez-vous ?***

● ***Craintes/angoisses particulières ?***

Je n'ai plus de questions à vous poser, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ou dont vous voudriez parler et que nous n'avons pas encore abordées ?

2.3. Guide d'entretien n°3

ENTRETIEN n°3 – 3^{ème} rencontre – Douze mois de l'enfant

DATE :

SUJET :

ÂGE :

CONSIGNE INAUGURALE : Je souhaiterais que vous me racontiez la première année de vie avec votre bébé, son développement, vos ressentis par rapport à votre rôle de maman, les relations avec votre bébé ainsi que tous les changements depuis sa naissance que ce soit par rapport à lui, à vous, à votre conjoint, aux relations avec les autres ou dans la vie en générale. Je vous laisse me raconter ce que vous souhaitez et je vous poserai ensuite des questions pour avoir plus de détails ou pour évoquer quelque chose dont vous n'aurez pas encore parlé. Si une question vous dérange ou vous gêne ou que vous ne souhaitez pas y répondre, il n'y a pas de problème. Vous n'êtes pas obligée d'y répondre.

THEMES - RELANCES :

◆ *Pourriez-vous me dire/me parler/me raconter*

◆ *Racontez-moi ...*

◆ *Vous m'avez dit que (...) pourriez-vous m'en dire plus ? / me donner des exemples ? / me le décrire plus précisément ?*

◆ *Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez me dire/dont vous souhaiteriez me parler ?*

◆ *Nous avons parlé de (...), y a-t-il d'autres éléments/choses que vous souhaiteriez dire ?*

BEBE

● *Alimentation :*

- Laquelle : allaitement, biberon, cuillère, nourriture solide, repas type ?

- Comment s'est passée la diversification ?

- Est-ce qu'il mange seul ou essai de manger seul : tenir le biberon/gobelet, tenir la cuillère ?

Le laisser vous faire ? Comment l'avez-vous vécu/le vivez-vous ?

- A quels moments mange-t-il : quand il a faim ? à des horaires réguliers ? en même temps/avant/après nous ?

- Refus alimentaires ?

- Avez-vous des craintes // alimentation ?

- Et vous petite ?

● **Sommeil :**

- Quel rythme : le votre, le sien, siestes, nuit complète ?
- Où dort-il ? Comment s'est passé le passage de votre chambre à la sienne ?
- Troubles du sommeil : endormissement, réveils nocturnes, cauchemars, pleurs ? A quels moments ?
- Déroutement du coucher : difficultés ?
- Rituel du coucher : histoire, temps calme avec papa/maman/parents, ... ?
- Craintes // sommeil ?
- Et vous petite ?

● **Psychomotricité :**

- Est-ce qu'il tient assis seul ? Depuis quand ?
- Est-ce qu'il fait ou a fait du 4 pattes ?
- Est-ce qu'il tente de se mettre debout ?
- Est-ce qu'il marche/fais quelques pas en se tenant aux meubles ou avec votre aide ? Depuis quand ?
- Qu'est-ce que cela vous a fait de le voir tenir assis ?
- Qu'avez-vous ressenti quand il a commencé à explorer à 4 pattes ?
- Qu'avez-vous ressenti quand il a commencé à explorer/ à se mettre debout ?
- Qu'avez-vous ressenti lorsqu'il a commencé à ses premiers pas ?
- Obéissant ? Casse-cou ?
- Craintes ?
- Comment vivez-vous cette nouvelle autonomie ?

● **Jeu :**

- Prendre/jeter
- Contenant/contenu
- Donner/prendre
- Cacher/trouver
- Patouiller
- Imitation
- Jouer seul en présence d'un adulte
- Jouer seul sans adulte, dans sa chambre
- Quels jeux ?
- « Bêtises » ? Lesquelles ?
- Jouer avec lui ? Quels jeux ?

- **Langage**

- Babillages ?
- Bababa, tatata, mamama ?
- Premiers mots ?
- Comment avez-vous réagi ? Qu'avez-vous ressenti ?

- **Développement affectif et relationnel**

- Autour de 7-8-9 mois : angoisse du nouveau ?
 angoisse de l'étranger ?
 Difficultés à rester seul/besoin de présence de ses
parents/difficultés à être séparé ?
Comment l'avez-vous vécu ?
- Recherche d'autonomie ? Comment l'avez-vous vécu ?
- Sourires/rires ?
- Dans la relation ?
- Cherche la relation ? Vous « interpelle » ?
- Est-ce qu'il vous regarde ?

➔ **Comment avez-vous vécu et vivez-vous tous ces changements chez votre bébé (autonomie, ...) ?**

➔ **Cela vous rappelle-t-il des choses de vous petite ?**

- **Caractère :**

- Comment décririez-vous le caractère de votre enfant ? Comme vous l'imaginiez ?
- Physiquement, ressemblance avec maman, papa ?
- Est-ce qu'il a un doudou ? Prend-t-il le pouce, les doigts, la suce ?
- Reflet dans le miroir ?
- Qlc qu'il aime/qlc qu'il n'aime pas

- **Santé :**

- Problèmes de santé ? Lesquels ? A quel(s) moment(s) ? Comment l'avez-vous vécu ?
- Pathologies spécifiques (asthme, troubles du sommeil/de l'alimentation, ...) ?
- Craintes // au bébé ? à sa santé ? - Lesquelles ? Pourquoi ?

● **Pleurs :**

- beaucoup/peu
- Comment réagissez-vous ?
- Comment les supportez-vous ?
- Arrivez-vous à différencier pleurs de votre bébé ? Savoir ce que demande votre bébé ?
- Source de craintes ou d'angoisses ?
- Capable de le laisser pleurer ?

ELLE ET BEBE

● **Relation avec le bébé :**

- Comment ça se passe avec votre bébé ?
- Comment le sentez-vous en ce moment ?

- Bébé facile à comprendre ?
- Bébé facile à calmer ?

- Quelle relation avec votre bébé ?
- Difficultés // bébé ou à votre relation ? Pour quelles raisons selon vous ? Quels ressentis face à cela et quelles réactions ?
- Craintes // à votre relation avec votre bébé ? – Lesquelles ? Pourquoi ?

- Imaginez-vous cela comme ça ?

- Arrivez-vous à vous « détacher/séparer » de votre enfant ?
- Capable de le laisser seul (dans une autre pièce, pleurer, ...) ?
- Comment réagissez-vous lorsque votre enfant vous « énerve » ?

- Est-ce que vous lui parlez ?
- Surnoms ?

● **Retour au travail/séparations ponctuelles +/- longues :**

- Séparations avec le bébé ? Lesquelles ? Pour quelle(s) raison(s) ? (ex : acheter du pain) Quelles réactions/ressentis ? Comment l'avez-vous vécu ? Et votre enfant ?
- Bébé déjà confié à quelqu'un ? Qui ? Combien de temps ? Pour quelles raisons ? Quelles réactions/ressentis ?
- Déjà ressenti le besoin de « prendre l'air », du temps pour vous seule ?
- Reprise du travail ?
- Mode de garde ?

- Période d'adaptation au mode de garde ?

ELLE :

● *Elle comme mère:*

- Comment se sont passés ces 12 derniers mois pour vous ?
- Comment vous êtes-vous sentie ?

- Avez-vous réussi à trouver un rythme ? un nouvel équilibre ?
- Quels changements dans votre rythme/vos habitudes // avant la grossesse ?

- Imaginez-vous tout cela comme ça ?

- Moments plus difficiles ? Lesquels ? Circonstances ?
- Moments particulièrement heureux ?

- Comment vous sentez-vous actuellement ?
- Et dans la relation avec votre enfant ?

- Comment vous décririez-vous aujourd'hui ?
- Comment vous décririez-vous comme mère ?
- Pour vous, qu'est-ce qu'être mère aujourd'hui ? Imaginez-vous cela comme ça ? Que vous seriez comme ça ? En quoi est-ce différent de ce que vous imaginiez ?
- Comment vous sentez-vous dans votre rôle de maman ? (facile/difficile, est-ce venu tout de suite ou progressivement, ...)
- Quels sentiments prédominent ?
- Pour vous, y a-t-il des choses plus difficiles que d'autres // votre rôle de mère ?
- Avez-vous des craintes ou des désirs // ce rôle ? Et pour le futur ?
- Ressemblez-vous à votre mère comme mère ? (oui/non) En quoi ?

● *Maternité // féminité :*

- Comment vous sentez-vous en tant que femme ?
 - séduction
 - vie de couple
 - vie sexuelle
 - physiquement
 - temps pour vous
- Est-ce possible, pour vous, d'être mère et femme en même temps ?
- Vous sentez-vous mère à temps plein ? Femme en même temps ? Mère uniquement ?

- Retrouvez corps différent de pendant (et d'avant) la grossesse : quels ressentis/réactions ? Positif ou négatif ?

● **ET LE PAPA ?** (si pas abordé spontanément)

● **Relations avec les autres :**

- Avec les gens en général – avec les gens avec enfants – avec les gens sans enfants : Des changements ? Lesquels ?

- // **conjoint :**

- vos relations ont-elles changées ? En quoi/comment ? : +/- conflits ; // habitudes de vie/de couple ; son comportement // à vous ; comportement // bébé ; place // bébé ; vie de couple ; vie sexuelle

- Présent // bébé ?

- Soutien pour vous ?

- Quelles sont ses relations avec le bébé ?

- A-t-il fait part de sentiments d'exclusion par rapport à vous et au bébé ?

- // **à votre mère :**

- Votre relation actuelle est-elle différente // avant et pendant la grossesse ? En quoi ? (+/- proche, +/- conflits, conseil, présente, soutien, froide/chaleureuse)

- Quelle place prend-t-elle // bébé ? Etes-vous d'accord avec ça ?

- Quelle place lui donnez-vous/souhaitez-vous qu'elle ait auprès de votre enfant ?

- Quelle grand-mère est-elle ?

// **à votre père :** Idem.

➔ **Retour sur les relations aux parents + enfance si besoin**

● **Consommation(s) :**

- Consommations depuis naissance ?

- circonstances

- raisons

- comment vous sentiez-vous avant ?

- comment vous sentiez-vous après ?

- Traitement :

- Evolution depuis naissance – maintenant ?

- Quels projets // drogue/traitement ?

- Relations avec « entourage-drogue » ?
- Suivi au CSAPA : poursuivi ou arrêté ? Pourquoi ?
- Désir/envie/besoin de consommer ressenti depuis naissance de l'enfant ? – maintenant ? – Pourquoi ? Circonstances ?

● **Futur :**

- Comment l'envisagez-vous // bébé/ // à son développement ?
- Des projets ? Lesquels ?
- Comment souhaitez-vous que ça évolue ?
- Comment souhaitez-vous que le bébé évolue ?
- Comment souhaitez-vous que votre relation à tous les deux évolue ?

Je n'ai plus de questions à vous poser, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ou dont vous voudriez parler et que nous n'avons pas encore abordées ?

**B. ANNEXES METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : ANALYSE
DES DONNEES**

- 1. FEUILLE DE DEPOUILLEMENT DES PROCEDES DU TAT (Brelet-Foulard &
Chabert, 2003)**

Série A Rigidité	Série B Labilité	Série C Évitement du conflit	Série E Emergences des processus primaires
<p>A1 Référence à la réalité externe A1-1 : Description avec attachement aux détails avec ou sans justification de l'interprétation A1-2 : Précisions : temporelle – spatiale – chiffrée A1-3 : Références sociales, au sens commun et à la morale A1-4 : Références littéraires, culturelles</p> <p>A2 Investissement de la réalité interne A2-1 : Recours au fief, au rêve A2-2 : Intellectualisation A2-3 : Dénégation A2-4 : Accent porté sur les conflits intra-personnels – Aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense</p> <p>A3 Procédés de type obsessionnel A3-1 : Doute : précautions verbales, hésitation entre interprétations différentes, remâchage A3-2 : Annulation A3-3 : Formation réactionnelle A3-4 : Isolation entre représentations ou entre représentation et affect – Affect minimisé</p>	<p>B1 Investissement de la relation B1-1 : Accent porté sur les relations inter-personnelles, mise en dialogue B1-2 : Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-3 : Expressions d'affects</p> <p>B2 Dramatisation B2-1 : – Entrée directe dans l'expression ; Exclamations ; Commentaires personnels. – Théâtralisme ; Histoire à rebondissement. B2-2 : Affects forts ou exagérés B2-3 : Représentations et/ou affects contrastés – Aller/retour entre désirs contradictoires B2-4 : Représentations d'actions associées ou non à des états émotionnels de peur, de catastrophe, de vertige...</p> <p>B3 Procédés de type hystérique B3-1 : Mise en avant des affects au service du refoulement des représentations B3-2 : Erotisation des relations, symbolisme transparent, détails narcissiques à valeur de séduction B3-3 : Labilité dans les identifications</p>	<p>CF Surinvestissement de la réalité externe CF-1 : Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – Référence plaquée à la réalité externe CF-2 : Affects de circonstance, références à des normes extérieures</p> <p>CI Inhibition CI-1 : Tendence générale à la restriction (temps de latence long et/ou silences importants intra-récits, nécessité de poser des questions, tendance refus, refus) CI-2 : Motifs des conflits non précisés, banalisation, anonymat des personnages CI-3 : Éléments anxio-gènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours</p> <p>CN Investissement narcissique CN-1 : Accent porté sur l'éprouvé subjectif – Références personnelles CN-2 : Détails narcissiques – Idéalisation de la représentation de soi et/ou de la représentation de l'objet (valence + ou -) CN-3 : Mise en tableau – Affect-titre – Posture signifiante d'affects CN-4 : Insistance sur les limites et les contours et sur les qualités sensorielles CN-5 : Relations spéculaires</p> <p>CL Instabilité des limites CL-1 : Porosité des limites (entre narrateur / sujet de l'histoire ; entre dedans / dehors...) CL-2 : Appui sur le percept et/ou le sensoriel CL-3 : Hétérogénéité des modes de fonctionnement (interne/externe ; perceptif/symbolique ; concret/abstrait...) CL-4 : Clivage</p> <p>CM Procédés anti-dépressifs CM-1 : Accent porté sur la fonction d'étaiyage de l'objet (valence + ou -) – Appel au clinicien CM-2 : Hyper-instabilité des identifications CM-3 : Pirouettes, virevoltes, clin d'œil, ironie, humour</p>	<p>E1 Altération de la perception E1-1 : Scotome d'objet manifeste E1-2 : Perception de détails rares ou bizarres avec ou sans justification arbitraire E1-3 : Perceptions sensorielles – Fausses perceptions E1-4 : Perception d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés</p> <p>E2 Massivité de la projection E2-1 : Inadéquation du thème au stimulus – Persévération – Fabulation hors image – Symbolisme hermétique E2-2 : Evocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes – Idéalisation de type mégalomanaque E2-3 : Expressions d'affects et/ou de représentations massifs – Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive</p> <p>E3 Désorganisation des repères identitaires et objectifs E3-1 : Confusion des identités – Télescopage des rôles E3-2 : Instabilité des objets E3-3 : Désorganisation temporelle, spatiale ou de la causalité logique</p> <p>E4 Altération du discours E4-1 : Troubles de la syntaxe – Craquées verbales E4-2 : Indétermination, flou du discours E4-3 : Associations courtes E4-4 : Associations par contrainte, par consonance, coq-à-l'âne...</p>

ANNEXES ANALYSE CLINIQUE DES CAS

Chaque cas sera analysé individuellement. Pour chaque cas clinique, nous analysons d'abord les entretiens de recherche, puis le Rorschach, puis le TAT. Nous présenterons les analyses cliniques des femmes toxicomanes et/ou sous TSO puis les analyses cliniques des femmes non consommatrices de substances psychoactives.

C. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO ET DES FEMMES NON TOXICOMANES

1. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES TOXICOMANES ET/OU SOUS TSO

1.1. ANAÏS

1.1.1. Analyse clinique des entretiens de recherche d'Anaïs

1.1.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 d'Anaïs

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Anaïs¹ a **29 ans** lorsque nous la rencontrons pour le premier entretien aux sept mois de grossesse. Elle attend son **premier enfant, un petit garçon**. Elle vit **en couple avec le père de son fils**.

L'entretien a lieu à son domicile puisqu'elle ne sort que très peu de chez elle par peur de représailles de la part d'anciennes connaissances, liées à des dettes de deal. Elle consommait encore de **l'héroïne ponctuellement avant la grossesse**, malgré son **traitement de substitution aux opiacés** mis en place depuis plusieurs années. Elle a cependant **arrêté l'héroïne pendant la grossesse mais continuait de fumer du tabac**. Plus jeune, elle a également consommé de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne. L'on se questionnera au cours de l'entretien sur l'existence d'une problématique de persécution mais il s'avérera que la

¹ Les prénoms des sujets, de leurs enfants et de toute autre personne ou lieu cités ont été modifiés dans le but de garantir l'anonymat et la confidentialité.

menace est bien réelle. Anaïs est également limitée dans ses déplacements dans la mesure où elle n'a pas le permis et où son conjoint travaille toute la journée.

Anaïs est une jeune femme très souriante mais ses traits sont tirés, elle semble très fatiguée. Elle est extrêmement mince voire maigre malgré son ventre bien arrondi. Elle est vêtue tout en noir avec des cheveux coupés au carré. Sa voix est cassée et rauque, probablement une conséquence de ses consommations anciennes et actuelles de tabac, et de ses consommations anciennes d'alcool.

Anaïs semble avoir à cœur de participer à notre recherche, arguant l'importance que les choses changent dans la prise en charge des mères toxicomanes. Cela d'autant que sa propre prise en charge a été marquée par une attitude culpabilisante et très négative de la part des soignants de la maternité.

Nous ressentons de la part d'Anaïs la nécessité d'être une « bonne patiente », de répondre et de « coller » à nos attentes, dans quelque chose de la séduction mais également de l'angoisse d'abandon, de rejet, de ne pas être à la hauteur.

HISTOIRE DE VIE

Une enfance marquée par l'absence de figures parentales étayantes

L'enfance d'Anaïs a été marquée par des abandons et des pertes. La grossesse est un temps de reviviscence. Des souvenirs d'Anaïs ont ainsi refait surface à travers notamment des cauchemars qui sont l'occasion d'évoquer la violence physique de sa mère et les privations de nourriture qui s'ensuivaient : « *Voilà ouais je faisais genre des liens avec des cauchemars comme j'étais dans la piscine, il y avait une bâche et je pouvais pas remonter donc je me noyais. Et en fait je me suis aperçue que c'était quand ma mère était violente elle me mettait dans sous l'eau froide avec le jet, et que j'arrivais plus à respirer.* ». L'imaginaire maternel est terrifiante et destructrice. Ce cauchemar pourrait avoir trait à l'angoisse du retour dans le ventre maternel et/ou à l'angoisse de fusion avec la mère mais également au désir de cette même fusion. Cela implique une régression pendant la grossesse. Ces rêves pendant la grossesse, qui renvoient à des traumatismes vécus dans son enfance, pourraient justement en être une figuration favorisée par l'état de grossesse, traduisant un début d'élaboration plutôt que de le « rejouer » sans cesse de façon compulsive dans l'addiction. La drogue a en effet pu correspondre, notamment lorsqu'elle était injectée, à une tentative d'élaboration des traumatismes physiques de l'enfance (Hachet, 1996). Ces réminiscences du passé induisent fatigue et sentiment de tristesse (« *moral dans les chaussettes* »).

La relation avec sa mère est marquée par un manque affectif et par un renversement des rôles où Anaïs occupait un rôle de soutien pour sa mère traduisant la parentification : « *Mais je savais que j'étais là pour elle quoi. J'ai l'impression que si moi j'étais pas là elle se suicidait quoi. (...). Si je m'en allais d'une façon elle avait plus rien, elle me le disait donc heu...* ». Anaïs était porteuse du poids d'un pouvoir de vie et de mort sur sa mère avec toute l'angoisse et la culpabilité qui pouvaient y être associées. Sa mère est décrite comme profondément dépressive et dépendante. Le soutien de sa fille était également matériel. Ainsi, Anaïs « *faisait la manche à 14 ans pour pouvoir nourrir sa mère* ». Elle décrit alors son adolescence comme un « *chaos* ». Anaïs apparaît dans une grande ambivalence à l'égard de sa mère, entre une attente massive de reconnaissance et d'affection et la crainte qu'elle soit trop envahissante, jusqu'à la détruire. Malgré les tentatives de banalisation, de minimisation et l'isolation, la représentation de sa mère est de plus en plus négative. La dévalorisation du père permet de retrouver une représentation positive de sa mère à laquelle elle peut s'identifier. Elle la qualifie de « *mère courage* » face à un mari qui la trompait, face à quatre enfants « *toxicomanes* ». Finalement, le mauvais objet, l'objet dévalorisé c'est Anaïs elle-même : plutôt que d'attaquer la mère qui risquerait alors d'être détruite et donc perdue.

La représentation de la figure maternelle oscille entre une mère idéalisée, une mère détruite, une mère abandonnique et une mère persécutrice, intrusive. Cela nous laisse penser que l'identification à une « *bonne image maternelle* » peut être défaillante ou faire défaut pour Anaïs. Cependant, sa grand-mère maternelle, décédée trois ans auparavant, pourrait vraisemblablement occuper cette référence maternelle : « *Elle était plus [sa] mère que [sa] grand-mère* ». C'est elle qui lui a transmis des valeurs qu'elle souhaite également transmettre à ses enfants.

Bien que son père ait occupé, jusqu'à son départ du domicile, la place d'objet secourable face à la violence maternelle imprévisible, il ressort de l'histoire d'Anaïs, une absence du tiers paternel. Par ailleurs, nous nous questionnons sur le vécu d'Anaïs face au double abandon de son père : à la fois parti de la maison mais en emmenant son frère et en la laissant elle. Il a laissé mère et fille. Cela a pu favoriser une image dévalorisée d'elle-même puisqu'elle n'a pas été « *choisie* » par son père pour partir avec lui. Cela peut lui avoir renvoyé l'image qu'elle ne comptait pas ou qu'elle n'était rien pour lui. Peut-on y voir un lien avec le sexe des enfants, avoir choisi son fils plutôt que sa fille peut-il la renvoyer à une dévalorisation du féminin ? L'abandon par le père qui a choisi de partir avec le fils implique l'absence d'un regard

narcissisant du père sur Anaïs qui a pour but de délivrer du « trop » maternel, de venir faire tiers.

Rencontre avec les produits et histoire des consommations

Ce vécu abandonnique et l'autonomisation très précoce d'Anaïs ont très nettement participé à sa rencontre avec les produits. C'est lorsqu'elle faisait la manche à 14-15 ans qu'on a proposé à Anaïs de dealer. La tentation est alors grande d'essayer, surtout dans la mesure où les autres (dealers) le font également. Les premières consommations sont évoquées uniquement en termes de premiers manques. Anaïs a donc commencé d'importantes consommations d'héroïne par voie injectable à environ 15 ans. Néanmoins, elle fumait et buvait déjà à 14 ans, et avait déjà essayé la cocaïne. Par la suite, elle « *injectait de tout. Des trucs qui sont pas censés [être injectés]* ». Elle se qualifie de « *fille addict* ». Cela nous renvoie à la fois à son addiction aux produits mais aussi à la relation de dépendance à sa mère et à son conjoint.

Anaïs évoque des effets de la drogue qui induisent chez nous des représentations mortifères de « *poupée désarticulée* », de parties du corps sans lien et ainsi à un vécu de morcellement physique ainsi que psychique dans la mesure où elle avait la sensation de « *se réveiller* » lors de la disparition des produits de son organisme : « *Je ressemblais à rien. J'étais déboîte de tous les sens. Je me réveillais, il faisait jour. 'fin je me réveillais pas, j'étais debout mais ... (rire)* ». L'héroïne et l'alcool étaient devenues vitales : « *C'était devenu comme on se lève, on prend un verre d'eau bah déjà moi fallait que je me lève que déjà je m'alcoolise, que je prenne de l'héro pour pouvoir me lever et ensuite faire ma journée* ». C'est un « *bien-être* » psychique qui était recherché, renvoyant au vide de pensées, à la néantisation, au Nirvana : « *Pendant ce temps-là on pense à rien. On est là, on dort. C'est le seul moment où l'on dort profondément sans penser, sans cauchemarder, sans ...* ».

Finalement, Anaïs a fait une cure de désintoxication en 2007 où elle a arrêté une grande partie des consommations excepté les injections d'héroïne qu'elle a néanmoins diminuées. C'est la crainte de la mort et des effets mortifères de la drogue qui sont à l'origine de cette première cure : « *J'étais plus que 33 kilos, mon conjoint me tapait dessus... (...). C'est, arrivée à 33 kg je pouvais plus faire quatre pas sans tomber, j'avais mon sac avec toujours pleins de shootuses dedans euh... J'étais je sais pas peut-être 15-20 shoot par jour. J'en... il y a des fois quand j'avais plus assez je faisais même des shoots d'eau juste pour le geste. Et puis j'ai failli perdre mon bras parce que il était bah c'était parti un peu loin euh du coup bah il avait noirci, il puait. J'm'en suis aperçue que au niveau de l'odeur quoi.* ». L'intégrité corporelle est mise à mal, bien que les effets anesthésiants de la drogue puissent également expliquer

l'absence de sensations de douleur. La dévitalisation du corps est manifeste. Au-delà des effets du produit, l'addiction est aussi celle au geste, du rituel autour de l'injection. Anaïs, bien qu'elle ait arrêté de se shooter (les consommations d'héroïne se font aujourd'hui en sniff), continue ainsi de « *shooter des personnes qui arrivent pas à se shooter eux-mêmes, qu'ont plus de veines et bah ça m'arrive de leur shooter la carotide tout ça. Et ça me donne pas envie. Nan. En fait je fais ça limite comme une infirmière en fait. Voilà, « tac, attends y'en a marre ! T'es en train de ..., c'est la boucherie là, tac » euh je lui faisais et voilà.* ». Anaïs se place dans une position de « soignant ». Il y a quelque chose de dérangent dans cette jouissance à injecter le produit aux autres. La question du plaisir autour des consommations, du rituel d'administration et des effets recherchés (« *se mettre bien* ») apparaît également prévalente.

Il avait été dit à Anaïs qu'elle n'aurait jamais d'enfant. S'agit-il d'un fantasme de stérilité ? Quoi qu'il en soit, elle n'a jamais eu recours à la contraception et n'est jamais tombée enceinte avec ses précédents conjoints. En revanche, elle est tombée enceinte une première fois lors du premier rapport avec son conjoint actuel. La rencontre avec son conjoint, fait suite au décès de sa grand-mère maternelle, figure de substitution maternelle pour Anaïs. Le deuil semble avoir pu s'élaborer dans la mesure où Anaïs associe affect et manifestations de tristesse (pleurs) à des représentations de manque et d'absence. La grossesse intervient également au moment où Anaïs arrête définitivement les consommations d'héroïne par injection, avec pour geste symbolique de casser ses seringues, geste auquel son conjoint actuel a participé. Anaïs évoque un sentiment de honte vis-à-vis de ce dernier. Aujourd'hui encore elle consomme de l'héroïne en sniff qu'elle impute à des douleurs importantes : « *c'est horrible donc vu qu'on peut rien me donner...* ». La représentation de son corps est celle d'un corps détérioré, malade, dégradé.

Il nous semble que la grossesse, le décès de sa grand-mère et l'arrêt du shoot prennent sens une fois mis en lien et qu'ils ont favorisé l'élaboration de certaines problématiques d'Anaïs. En effet, on ne peut s'empêcher de penser que le processus de deuil d'Anaïs a favorisé un réaménagement des relations objectales qui a pu lui-même induire une modification de la dépendance, qui s'inscrit maintenant dans quelque chose de moins corporel et archaïque (passage du shoot au sniff) bien qu'elle soit toujours très prégnante. Cette modification du rapport narcissico-objectal a également pu favoriser cette grossesse qui, pour autant, n'a pas pu être menée à terme. Celle-ci a pu, dans un premier temps, venir illusoirement combler le vide laissé par l'arrêt de l'injection dans une recherche de complétude narcissique. Nous ne savons pas en effet si la grossesse est arrivée avant l'arrêt du shoot ou au contraire, dans son

prolongement. Néanmoins, l'IVG peut laisser penser que cette première grossesse pouvait venir trop mettre à mal Anaïs qui était déjà dans une réélaboration de sa problématique narcissico-objectale. Cette première grossesse avortée peut cependant signer une mise en acte, prémisse à une potentialité d'élaboration de la problématique de dépendance, qui a favorisé la grossesse actuelle. En effet, cette IVG a pu avoir fonction symbolique de tuer la mère en soi pour tenter de s'en séparer dans une relation fusionnelle anaclitique. L'IVG peut en effet représenter une vengeance contre la mère, une victoire contre le risque de symbiose, une preuve de la différence avec la mère et donc de son autonomie dans une relation fille-mère marquée par la dépendance. Cette première grossesse a également pu venir narcissiser Anaïs, la garantissant de sa capacité à créer la vie face à la mort toujours intimement présente dans son parcours. La fin du fantasme de stérilité laisse entendre un « dépassement », une séparation d'Anaïs avec sa mère dans la mesure où cette dernière n'est plus unique détentrice du pouvoir de procréer, toute-puissante. La relation mère-fille n'est plus alors marquée par la dualité avec l'arrivée du conjoint d'Anaïs qui occupe la position de tiers encore actuellement entre mère et fille.

Par ailleurs, la remise en jeu des problématiques narcissico-objectale et de séparation-dépendance a pu permettre à Anaïs de se dégager d'une certaine compulsion de répétition. En effet, jusqu'alors ses relations avec les hommes étaient marquées par la violence : « *des hommes très très brutaux* ». Nous nous demandons dans qu'elle mesure ces relations viennent répéter celles vécues avec sa mère. Les relations avec son conjoint sont, au contraire, marquées par la communication, l'écoute et l'étayage. La revalorisation narcissique par son conjoint a pu également permettre une première modification de la relation de dépendance à la drogue. Nous nous demandons cependant dans quelle mesure l'objet-drogue à injecter n'a pas été remplacé par la relation de dépendance à son conjoint malgré une évolution comme toute positive de la dépendance qui s'inscrit maintenant dans quelque chose de moins corporel.

Une relation de couple anaclitique

Son conjoint occupe ainsi une fonction étayante, soutenante pour Anaïs depuis leur rencontre. A l'évocation d'éléments angoissants, potentiellement désorganiseurs, elle l'évoque toujours comme un moyen de se rassurer. La relation anaclitique de dépendance domine, associée à une problématique narcissique chez Anaïs. La représentation de son compagnon apparaît également idéalisée. Toute dimension ambivalente ou agressive est déniée. Son conjoint occupe la place exclusive de bon objet pour Anaïs.

Il est également perçu comme très présent, très prévenant et très investi dans la grossesse. Par ailleurs, le futur père est d'emblée, et à plusieurs reprises, reconnu et introduit

dans la relation parents-enfant qui est, dès lors, triangularisée. Les mouvements fœtaux représentent un temps de partage à trois. Cela nous semble avoir trait à la fois à un désir de faire partager à son conjoint son vécu et la relation avec leur fils mais également à un besoin de réassurance, à la nécessité d'être sûre, par le vécu identique au sien de son conjoint, de la réalité de son propre vécu, comme si elle avait besoin qu'on vienne corroborer, garantir la réalité de ce qu'elle vit.

Il est à noter que son conjoint était également consommateur de drogue mais que ce n'est plus le cas aujourd'hui. Il n'a plus non plus de traitement de substitution aux opiacés. Il fume du tabac et boit un verre d'alcool par jour.

La relation avec son conjoint semble avoir participé au réinvestissement de son corps et de sa féminité. En effet, ses relations amoureuses et sexuelles antérieures étaient marquées par la violence. Elle ajoutera également que son premier rapport sexuel n'était pas consenti, avec un homme alcoolisé. Elle nous explique également ne jamais avoir ressenti de plaisir sexuel avec ses anciens compagnons et qu'elle faisait l'amour habillée pour « *ne pas qu'on [la] voit* ». Elle fait le lien entre ces relations sans plaisir et le fait qu'elle n'était jamais tombée enceinte jusqu'à sa relation avec son conjoint actuel qui l'écoute et avec qui elle prend du plaisir.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

Le désir d'enfant n'était pas consciemment présent au moment où Anaïs est tombée enceinte. Néanmoins, et comme pour les femmes enceintes toxicomanes ou sous traitement de substitution que nous avons rencontrées au cours de nos précédentes recherches, il existait dans un futur idéal sans consommations ni traitement. Le choix de garder cet enfant est lié à la première grossesse qui s'est soldée par une IVG deux ans et demi auparavant. Anaïs exprime l'impossibilité pour elle d'envisager une seconde IVG. Cette première expérience rend compte d'un vécu traumatique encore actuel. Elle évoque en effet les manifestations physiologiques qui l'ont conduite à se penser enceinte dans une confusion entre la grossesse actuelle et la grossesse précédente. Anaïs a eu connaissance de cette nouvelle grossesse au cours du premier mois. Elle « *le sentait* ». Cela traduit à la fois le désir inconscient de grossesse ainsi qu'un certain investissement de l'intérieur de son corps.

Modifications corporelles et investissement de l'enfant

Les premiers mouvements fœtaux ont été source d'angoisse pour Anaïs en lien avec la « sensation d'inquiétante étrangeté » (Bydlowski, 2000), des fantasmes d'effraction et un

vacillement des limites : « *il va passer à travers moi ou quoi !* ». Le fœtus apparaît alors menaçant. L'on pourrait mettre en lien ses angoisses d'attaques de l'intégrité corporelle avec des reprises de la consommation d'héroïne en début de grossesse. Il est possible que ces consommations viennent faire barrage aux mouvements pulsionnels, aux conflits psychiques et aux angoisses découlant de l'état de grossesse. Elles traduisent également l'ambivalence à l'égard du fœtus et de l'état de grossesse et les remaniements psychiques et reviviscences qu'ils induisent, et ainsi la haine maternelle en jeu. Les reprises de consommation traduisent la mise en acte d'une haine qui ne peut être élaborée psychiquement. L'élaboration de la haine maternelle reste donc difficile et fragile. Anaïs a cru avoir « *tué* » son bébé lorsqu'elle a repris des produits : « *je l'ai tué. (...) ça y est je l'ai tué. (...) si ça se trouve il a eu trop de métha et il a pas supporté* ». Les désirs de morts induisent une angoisse majeure avec un effacement entre réalité et fantasmes. En effet, la frontière entre fantasmes et réalité est extrêmement mince et fragile puisque le fantasme meurtrier à l'égard du fœtus pourrait finalement être directement incarné avec les effets réels du produit. L'angoisse de perte apparaît par ailleurs massive tout au long de la grossesse : « *J'ai peur qu'il lui arrive toujours quelque chose à cause de moi et à cause de mon putain de manque* ». Elle se met en cause ainsi que le manque mais pas le produit en lui-même ni ses consommations. La culpabilité est également très présente. Les mouvements fœtaux ont également pu être à l'origine d'une reprise des consommations dans la mesure où ils viennent mettre fin à la fusion, au temps d'indifférenciation avec le fœtus et donc au temps de complétude narcissique. Ils rendent compte de l'altérité potentiellement menaçante et effractante.

Néanmoins, il semble que les mouvements fœtaux soient peu à peu venus occuper une fonction de réassurance concernant la bonne santé de son bébé. Cela implique donc une possibilité de les intégrer dans quelque chose de moins intrusif et de composer avec la haine maternelle.

Les mouvements fœtaux favorisent également des représentations concernant son fils. Anaïs lui attribue ainsi un vécu, des ressentis, des intentions et fait le lien entre les ressentis de son fils et les siens. La construction d'interactions entre elle et son bébé par l'intermédiaire de leurs mouvements respectifs « *il y a plein de petits trucs comme ça qu'on a mis en place* », traduit une relation déjà existante entre elle et un bébé investi et différencié. Anaïs se projette également dans sa relation avec son fils lorsqu'il sera né en exprimant le désir d'une « *relation fusionnelle avec sa maman (rire). Et son papa* » et d'être « *très proche de lui* ». Anaïs verbalise également des fantaisies concernant le physique de son fils et son caractère, à la fois dans une reconnaissance de son individualité et le contre-investissement de fantasmes et de désirs

narcissiques d'Anaïs projetés sur son fils. Les représentations d'un enfant violent viennent faire écho au vécu d'Anaïs avec ses propres parents et notamment sa mère. Son fils occupe une place de persécuteur dans une identification à la mère d'Anaïs en tant que persécutrice et destructrice.

A l'opposé, son bébé est également investi comme une tentative de réparation : « *Je vais lui donner ce que j'ai pas eu quoi (rire)* ». L'annonce de la grossesse a entraîné la mise en jeu d'un idéal familial complètement opposé à ce qu'elle et son conjoint ont eux-mêmes connu. Anaïs évoque leur désir d'une « *vraie famille qui ira jusqu'au bout (...) pas une demi-famille* ». Cela nous renvoie au manque de son père qui est parti définitivement après le divorce, emportant également un des frères d'Anaïs avec lui. Par ailleurs, l'importance est donnée à la normalité, au désir d'être comme tout le monde.

Représentations de soi en tant que mère

Lorsque nous interrogeons Anaïs sur ses représentations d'elle-même en tant que mère, le discours est extrêmement confus et désorganisé, traduisant l'émergence en processus primaires. Cela vient rendre compte des angoisses quant à ce nouveau rôle et ses compétences pour s'occuper de son bébé. Nous entrevoyons des représentations très contrastées entre être une « *maman poule* » qui aurait tendance « *à trop étouffer son bébé* » et l'angoisse d'être vampirisée par son fils au point de n'être plus qu'un « *squelette* », vidée de ses forces. Les vœux de mort contre-investis à l'égard de son fils seraient ainsi à la mesure des angoisses mortifères. L'enfant apparaît dès lors comme dangereux. La qualification de « *squelette* » renvoie également à la déssexualisation, voire une dévitalisation de son propre corps.

Le sentiment de culpabilité ainsi est très présent, de même que la représentation de « *mauvaise mère* » face aux autres mères non toxicomanes. Le sentiment de honte met en jeu l'Idéal du Moi. Le clivage entre la représentation dévalorisée d'elle-même en tant que mère et la représentation idéalisée des autres mères est manifeste.

La nuit, autant que le sommeil, apparaissent comme extrêmement angoissants pour Anaïs qui a besoin du secours de son conjoint, traduisant de nouveau la dépendance affective. Anaïs fait le lien entre sommeil et mort, autant de son bébé que de la sienne. La grossesse est également marquée par une recrudescence d'angoisses (peur de l'orage) et d'une hypervigilance aux bruits qui l'entourent. La peur de l'orage pourrait renvoyer à la fois à une peur de la punition, de la castration dans un registre œdipien ainsi qu'à une angoisse d'anéantissement, de mort, plus archaïques, en lien avec la grossesse et le bébé en soi. L'hypervigilance et le fait d'être « *terrorisée par les bruits* » nous renvoie aux angoisses

d'intrusion et d'effraction. Les troubles massifs du sommeil (endormissement) et l'hypervigilance traduisent une angoisse de mort massive et une lutte contre la passivation, renforcée par le surinvestissement des sensations et des perceptions (qui ne permettent pas le désinvestissement de la réalité). Il y a tentative de maîtrise face à la passivation. L'accentuation des troubles du sommeil pendant la grossesse s'explique par les remaniements psychiques et pulsionnels imposés qui viennent remettre en jeu cette passivation et viennent mettre à mal l'équilibre interne et les limites déjà floues entre monde interne et monde externe. Les troubles du sommeil mettent également en jeu une angoisse de perte massive chez Anaïs. La nuit la renvoie à l'abandon, la solitude et à un véritable sentiment de détresse.

La drogue toujours abordée en négatif : l'impossibilité à manquer

Nous évoquons des reprises de consommations d'héroïne au cours de la grossesse. La question de la drogue apparaît par ailleurs en filigrane dans la quasi-totalité des thèmes abordés. Néanmoins, elle est majoritairement abordée à travers son négatif, autrement dit le manque. En effet, la grossesse et la représentation du bébé sont centrées sur la peur et les angoisses mortifères massives liées au manque dont pourrait être victime le bébé in utero. Le bébé ne peut alors être pensé comme différent d'elle : « *L'état de manque c'est ma hantise. Je le supporte vraiment pas. Du coup je me dis bah le pauvre s'il se tape la même chose que moi quoi* ». Cela reste associé à un sentiment de culpabilité. La représentation indifférenciée du bébé s'articule également avec une angoisse de séparation massive repérable notamment en ce qui concerne l'accouchement et sa capacité à « pousser » : « *Je me dis que je vais pas pouvoir pousser, c'est pas possible, c'est pas possible (rires)* ». Pousser renvoie à l'expulsion de l'objet et donc à la perte. Ne pas pouvoir pousser signifierait l'angoisse de séparation. L'ambivalence est présente entre cette angoisse de perte et l'attente positive de l'accouchement pour rencontrer son fils.

La question du manque est néanmoins problématique dans la mesure où, malgré son traitement, Anaïs se trouve régulièrement dans cet état et que cela peut avoir des conséquences dramatiques pour le fœtus. Anaïs craint d'en parler avec son addictologue de peur que celui croit qu'elle cherche simplement à « [se] défoncer ». Elle est ainsi aux prises entre un besoin d'augmenter son traitement pour limiter le syndrome de manque ainsi que celui de son bébé, source d'angoisse et de culpabilité majorées, et la peur que son médecin pense que ce soit pour son propre plaisir. Cela nous apparaît par ailleurs comme la projection sur l'extérieur de son désir propre de « se défoncer ». Cela pourrait être mis en lien avec l'ambivalence et la massivité des remaniements psychiques propres à la grossesse et à l'intrusion de l'autre en soi, potentiellement menaçants pour Anaïs. Finalement, l'ambivalence reste massive entre le désir

de consommer et le désir de faire au mieux pour son bébé. Néanmoins, c'est les effets du manque de produit qui sont objets de représentations négatives plus que le produit en lui-même qui permet de « *se mettre bien* ».

1.1.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 d'Anaïs

CONTEXTE DE LA DEUXIEME RENCONTRE

Nous retrouvons Anaïs pour notre deuxième entretien, toujours à son domicile avec **James, son fils** de quatre mois. Anaïs a changé de coupe de cheveux et a fait une teinture. Elle a également pris un peu de poids mais semble fatiguée. Anaïs va fumer à plusieurs reprises pendant l'entretien mais toujours sur le balcon avec le bébé dans une autre pièce. Les chiens sont également isolés du bébé.

James est en train de dormir quand j'arrive mais il se réveille très peu de temps après le début de l'entretien. Nous nous installons alors dans la chambre du couple. Cela nous rapproche de la chambre du bébé qui est adjacente. Nous comprendrons pourquoi par la suite. En effet, James pleure dès que sa mère le pose dans son lit et elle ne peut le laisser pleurer. Elle va donc sans cesse faire des allers et retours entre sa chambre et celle de James. Elle le prend tour à tour dans ses bras ou sur ses genoux. Lorsqu'il est dans le bras, elle le porte couché et le sentiment qui nous domine est un sentiment de malaise par identification au bébé qui n'est pas bien installé. Elle essaye régulièrement de lui donner la suce, de lui « enfoncer dans la bouche » (notre sentiment) mais James la recrache. Cela accentue notre sentiment de malaise. Anaïs parle également beaucoup à son bébé qu'elle appelle avec des surnoms. James sera ainsi avec nous tout au long de l'entretien pendant lequel il va pleurer à plusieurs reprises. Il gesticule également beaucoup dans les bras de sa mère, ce que nous interprétons comme une envie de bouger mais également d'être moins collé à sa mère. Il pleure d'ailleurs moins lorsqu'elle le met assis sur ses genoux face au monde extérieur.

James est un bébé très attentif et observateur de ce qui l'entoure. Il cherche et reste en contact visuel aussi bien avec sa mère qu'avec nous. Il vocalise et sourit également.

Les pleurs vont s'accroître lors de la passation du TAT qui correspond à l'heure de son goûter. Anaïs lui raconte alors les histoires puis nous le confie le temps d'aller préparer le biberon. James est ainsi au milieu du lit, assis. Nous sommes assise à côté de lui. James s'arrête de pleurer et nous regarde attentivement notamment lorsque nous lui parlons, expliquant que maman est partie faire le biberon et qu'elle va revenir.

Après la tétée, James se remet à pleurer. Anaïs essaye de nouveau plusieurs positions : debout, allongé dans ses bras, assis face à nous, posé contre elle, tout en lui parlant mais James ne se calme pas. Anaïs fait alors l'hypothèse qu'il a mal au ventre et aux dents. Nous avons en effet déjà noté qu'il avait les joues rouges et qu'il ne cessait de mettre son poing dans la bouche après avoir recraché la suce. Elle nous le confie de nouveau pour aller chercher des médicaments. James s'arrête à nouveau de pleurer, le poing dans la bouche. Les médicaments pour les dents semblent efficaces puisque James se calme. Les baisers sur le front l'apaisent également énormément.

Nous notons qu'Anaïs ne semble pas du tout gênée ou perturbée par notre présence et le regard que l'on porte sur les interactions entre elle et son bébé. Il nous semble que nos commentaires et verbalisations viennent la soutenir et l'étayer dans ses compétences maternelles. En effet, nous appuierons par exemple l'hypothèse de la poussée des dents aux vues du comportement de James, ce qui renforce la confiance d'Anaïs en ses intuitions. L'on note ainsi le besoin d'un regard étayant sur elle-même en tant que mère pour qu'elle puisse se sentir en confiance dans son nouveau rôle.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous rencontrons Anaïs pour la troisième fois à son domicile, pour les mêmes raisons que précédemment. Lorsque nous nous présentons, Anaïs nous dit qu'elle avait complètement oublié le rendez-vous mais qu'il peut avoir lieu sans problème. Le père du bébé est présent également. Il s'occupera de James pendant l'entretien. Nous nous installons dans la cuisine avec Anaïs. Celle-ci a maigri depuis notre dernier entretien et semble épuisée. Elle est également très « excitée », très labile avec beaucoup d'exclamations, de rires en lien avec le comportement de son conjoint ou de son fils en fin d'entretien. Elle semble également être un peu ailleurs, un peu, ce qui est paradoxal, « stone ». Nous nous demandons si cela est lié à la fatigue ou si elle n'a pas consommé des produits.

L'ACCOUCHEMENT

La fin de la grossesse a été refoulée puisqu'elle nous dit d'abord ne pas en avoir de souvenirs puis qu'elle « *s'est très bien passée, d'ailleurs il voulait pas arriver* ». La prolongation de la grossesse après terme a été quelque chose de positif pour Anaïs. Cela pourrait impliquer que son bébé était bien en elle, la valorisant et lui garantissant qu'elle n'était pas « toxique » pour lui. L'accouchement était d'ailleurs source d'angoisse pour Anaïs. Les angoisses étaient centrées autour du fait d'accoucher la nuit. Nous mettons en lien cette angoisse avec

celles déjà notées lors du premier entretien autour du sommeil et de la nuit, renvoyant Anaïs à l'abandon et la mort. La fin de la grossesse a d'ailleurs été marquée par des insomnies très importantes. Finalement, l'angoisse est éludée par une projection sur le fœtus qui est alors objet de représentations négatives voire persécutives : « *Il bougeait vraiment vraiment beaucoup quoi, toute la nuit (...) donc je dormais plus du tout.* ». La prolongation après terme traduirait ainsi ces angoisses de perte et de mort. Celles-ci peuvent avoir trait à la reviviscence des conflits archaïques avec sa propre mère. Le fait que la grossesse se soit prolongée renverrait également à un refus de passivité et à la crainte de l'effraction psychique et physique. Anaïs a donc accouché, mais sans être déclenchée, quatre jours après terme. L'absence de préparation à l'accouchement vient renforcer l'hypothèse de l'existence d'angoisses massives associées à cet événement.

L'accouchement lui-même fait l'objet de représentations négatives massives. Les sages-femmes occupent la place d'objets non étayants et bientôt persécuteurs. La projection est massivement à l'œuvre avec des mauvais objets représentés par les soignantes : « *la dame était méchante* ». La figure maternelle que pourrait représenter la sage-femme comme soutien est, pour Anaïs, une figure persécutrice. L'on fait le lien entre la prolongation de l'accouchement et la représentation d'une imago maternelle persécutrice, toute-puissante, angoissante et donc non étayante dans cette nouvelle étape du devenir mère. L'accouchement, notamment de par la douleur qu'il a engendrée, est également venu mettre à mal l'intégrité corporelle d'Anaïs avec des fantasmes d'intrusion, d'effraction : « *J'ai eu six trous [pour la péridurale]* », des angoisses de perte d'une partie de soi, de morcellement et des angoisses mortifères : « *Et que on croit que les jambes vont en crever* ». La douleur est venue réactiver des vécus de punition et de persécution qui traduisent et qui sont induits par une régression narcissique massive.

Les représentations mortifères concernaient également le nouveau-né : « *Ils me l'ont mis sur le ventre donc heu très bien Et j'ai senti un poids mort. (...) J'ai senti qu'il y avait plus rien* ». Nous nous questionnons également sur le fait que le bébé soit caractérisé comme un « *poids mort* », autrement dit comme un fardeau et ce qu'il fait vivre à ses parents au quotidien. L'absence de vie chez son bébé a pu entraîner une collusion entre fantasmes persécuteurs de l'imago maternelle et réalité. Cela a également pu venir réaliser, concrètement, ses fantasmes et vœux de mort inconscients, entraînant une accentuation de la culpabilité. Celle-ci étant déjà présente du fait du risque de syndrome de sevrage néonatal.

James a été hospitalisé plusieurs jours en néonatalogie. Anaïs n'a donc pas pu l'avoir près d'elle. Il lui est impossible d'exprimer ce qu'elle a ressenti. Tout est évacué par des considérations purement factuelles associées à des représentations négatives (projections sur

l'extérieur toujours). Elle pourra néanmoins verbaliser en fin d'entretien que « *les trois jours de néo qu'ont été vraiment euh... compliqués ouais pour créer un lien.* ». Anaïs n'a ainsi pas pu se rassurer sur le bien-être de son bébé les trois premiers jours, alimentant encore la confusion fantasmes-réalité et sa culpabilité. L'hospitalisation en néonatalogie et la séparation mère-bébé est venue perturber l'instauration des liens mère-bébé. Cette séparation mère-enfant à la naissance et le fait que le bébé ne soit pas gratifiant de par ses problèmes de santé risquent d'avoir un impact délétère sur l'investissement de l'enfant et les interactions mère-enfant dès la moindre perturbation du développement de l'enfant. Par ailleurs, ils peuvent renforcer la haine maternelle à l'égard de ce dernier qui n'est pas le bébé idéal attendu. Ils ont également alimenté l'angoisse de perte.

Au-delà du fait qu'elle n'ait pas pu avoir son bébé auprès d'elle les premiers jours, c'est également le fait que James ait été mis sous morphine qui a été très éprouvant pour Anaïs. Le déni face aux signes de manque permet un évitement de la culpabilité. La valorisation de soi en tant que « bonne mère », en tant que seule à pouvoir calmer son enfant, dans une idéalisation massive, traduit une problématique narcissique majeure et ainsi une défense contre toute représentation négative à son égard. Par ailleurs, en se plaçant « au-dessus » des soignantes qui, elles, n'arrivaient pas à calmer James, Anaïs projette de nouveau sur l'extérieur ses propres difficultés, son propre sentiment d'impuissance face à des soignants qui « savent », et ses représentations de « mauvaise mère », accentuées par la séparation mère-bébé les premiers jours après l'accouchement.

Le syndrome de sevrage du bébé a également été source de « *honte* » pour Anaïs par rapport à son entourage, mettant à mal son Idéal du moi et attaquant ainsi son narcissisme. Le syndrome de sevrage risque également de perturber les relations précoces dans la mesure où le bébé est plus irritable et difficile à satisfaire, ce qu'elle verbalise lorsqu'elle explique qu'il « *hurlait tout le temps* ». Cela renforce la culpabilité et le sentiment de ne pas être en capacité de s'en occuper. Les interactions sont difficiles et peu gratifiantes pour Anaïs puisque la réciprocité et la circularité des échanges peut être mise à mal. Cela pourrait renforcer des sentiments de déception, de frustration et de haine à l'égard de James.

Le syndrome de sevrage de James vient également mettre en jeu une ambivalence face au choix d'avoir mené à terme cette grossesse, et, l'on peut penser, en miroir, d'avoir avorté lors de la première grossesse en raison de ce-même risque.

Le séjour à la maternité a duré un mois pour que James soit complètement sevré du traitement morphinique. Cela a été plutôt négatif pour Anaïs dans la mesure où au fur et à mesure que la sortie approchait, l'angoisse montait de ne pas savoir se débrouiller seule à la

maison avec son bébé puisqu'on lui montrait tout et qu'il y avait toujours quelqu'un si besoin pour l'étayer au cours de l'hospitalisation. Anaïs verbalise ainsi des difficultés pour réaliser certains soins dans les premiers mois de vie de James. Elle dit se faire plus confiance et avoir « *appris* » mais le besoin d'étayage et de réassurance dans ses compétences maternelles est extrêmement présent. Les professionnelles représentent une « bonne mère » à laquelle elle peut s'identifier. Néanmoins, cela est source d'ambivalence dans la mesure où elle se sent « *dépendante* » des professionnels. La dévalorisation de ces derniers lui permet toujours de se valoriser dans ses compétences. La naissance de James a également entraîné la mise en place d'un cadre de vie et d'un rythme centré sur celui du bébé.

LE BEBE

Les troubles du sommeil du bébé support des problématiques mortifères et de perte d'Anaïs

James est décrit par sa mère comme un bébé qui ne dort pas, ni la nuit, ni la journée. Ainsi, James semble sans cesse être dans quelque chose d'une hypervigilance avec une incapacité à se « laisser aller » au sommeil sauf par épuisement : « *il lutte pour pas s'endormir* ». En miroir, Anaïs est également en hypervigilance par rapport à son bébé puisqu'elle attend une heure avant de s'endormir pour vérifier qu'il dort. Les formulations auxquelles recourt Anaïs (« *il NOUS a fait* ») laissent entendre que le comportement de James est perçu comme intentionnellement dirigé contre ses parents. Cela alimente une représentation négative voire persécutrice du bébé. Anaïs souffre elle-même de gros troubles du sommeil qu'elle avait déjà largement évoqués lors de notre première rencontre. Elle explique ainsi avoir des troubles de l'endormissement au point qu'elle a beau « *être au bout du rouleau, [elle] n'y arrive pas [à s'endormir]* ». A cela, s'ajoute des vécus hypocondriaques. Son corps la « lâche » et le sommeil est source d'angoisses massives, d'autant qu'il est peuplé de cauchemars. Anaïs fait le lien entre ces cauchemars et son histoire : « *c'est forcément des trucs qui sont passés quoi* ». Anaïs ne peut penser ces cauchemars qu'en les reliant à quelque chose de l'ordre d'une réalité traumatique externe. Elle ne peut les penser comme quelque chose de l'ordre d'une réalité fantasmatique. Ce que l'on peut mettre en lien avec l'analyse du protocole projectif d'un surinvestissement du monde externe comme évitement d'un monde interne trop menaçant. Les cauchemars sont par ailleurs majorés depuis l'arrêt des somnifères et anxiolytiques à la maternité par peur de ne pas entendre son bébé pleurer puisqu'il dort dans sa propre chambre. D'après elle, les médicaments, qu'elle prenait depuis plusieurs années, « *éteignait* » son cerveau : « *c'est con à dire mais ils le stoppent quoi* ». Elle évoque le fait que, sans ce traitement, ça fait

« 25 000 trucs dans le cerveau pendant que je dors ». Ces traitements avaient ainsi une fonction identique à la drogue : le vide de pensées.

L'on ne peut que faire le lien entre les troubles du sommeil d'Anaïs et ceux de son bébé avec l'hypothèse que James est le réceptacle des conflits projetés d'Anaïs. S'endormir impose le lâcher prise. C'est accepter de laisser son corps sans contrôle et aussi de perdre quelque chose du plaisir et du temps. « Tomber de sommeil » représenterait une solution plus radicale quand ce travail de désinvestissement apparaît trop coûteux. Anaïs ne jouerait pas correctement sa fonction de « gardien du sommeil » de James. Le sommeil manque ainsi à son rôle de protection quand la mère manque à sa fonction d'étayage de la fonction hypnotique.

Ces troubles massifs de l'endormissement rendent également compte d'une problématique de la séparation avec un mode d'apaisement de l'enfant par le biais d'un bercement « calmant » (Fain & Braunschweig, 1975). Cela renvoie directement à l'impossibilité, pour Anaïs, de tolérer le manque du fait de sa propre problématique de séparation et d'abandon avec ses figures parentales. Cela entraîne une difficulté à gérer les situations de désinvestissement. Fain (1981) a en effet mis en évidence une forme de bercement imposant le calme et la cessation de la souffrance sans satisfaction ni détente libidinale, le calme renvoie à une activité non érotique, d'emprise (Denis, 1997). Il y a maintien d'une excitation flottante, non liée et désorganisée qui cesse avec le bercement. Cette forme d'excitation proviendrait de la mère et renverrait à la pulsion de mort tendant vers le Nirvana, l'absence totale de tension (Freud, 1920) et remplace la fonction du rêve. La « mère-droge » (dans ce cas) ne permet pas à l'enfant de « trouver-crée » l'aire transitionnelle et de jeu que sont le rêve et l'activité fantasmatique. Le bercement est non libidinalisé. Il risque d'entraîner une enclave maternelle dans la psyché de l'enfant (faux-self) et une pensée dépourvue ou très pauvre de capacités de fantasmatisation (Fain, 1981). Cela risque très fortement d'induire une dépendance du bébé à sa mère ainsi qu'une incapacité à intégrer et développer son propre pare-excitation. Le bébé aura alors tendance à recourir aux procédés autocalmants qui impliquent un échec de constitution des auto-érotismes. C'est ce que nous repérons partiellement lorsqu'Anaïs verbalise que James se frappe la tête contre le sol lorsqu'il est contrarié ou frustré par ses parents. De même, lors du dernier entretien, Anaïs explique, dans une grande confusion de son discours, qu'au-delà de ne pas dormir, James est dans une recherche d'activité perpétuelle : « On le garde jusqu'à 4-5h parce qu'au bout d'un moment on essaye de le coucher et c'est vraiment pire... très réveillé. Et euh du coup de là on le prend, on revient [dans la salle], on le met à quatre pattes et là il joue, on l'entend pas. Il joue pendant des heures... ». Cela pourrait renvoyer à un désir d'autonomisation. Néanmoins, la marche, qui renvoie à l'agir, pourrait

également être une tentative de juguler, de diminuer l'excitation interne qui semble envahir le bébé. Ce que l'on note en effet dans les troubles du sommeil avec une incapacité à réguler l'excitation pulsionnelle.

Par ailleurs, James montre une vitalité certaine qui peut répondre aux angoisses de mort d'Anaïs matérialisées dans le sommeil (aussi bien celui de son fils que du sien). Anaïs évoque d'ailleurs des « crises » lorsqu'elle lui dit non, qu'elle pose des limites ou des interdits : « *Il se met à se taper la tête sur son... quand il est dans son... dans son trotteur. Il tape la tête devant, derrière, mais à se faire très mal. On sait pas si... L'autre fois il se tapait jusqu'à dans le mur ! Il faisait une crise. Il se roule par terre. Il se tape par terre jusqu'à que euh... on le prenne* ». Il apparaît clairement une intolérance à la frustration mais surtout une impossible gestion des mouvements pulsionnels qui l'envahissent et qu'il ne peut décharger que dans l'agir. Le pare-excitation de James est clairement défaillant, probablement en miroir de celui d'Anaïs et de sa difficulté à accepter et détoxifier les mouvements pulsionnels de son fils. La « capacité de rêverie maternelle » serait ainsi défaillante. James a besoin d'être contenu physiquement pour que cesse la crise, ce qui laisse penser que ces mouvements pulsionnels l'entraînent vers un sentiment et des angoisses de néantisation, de morcellement, vers un sentiment de désaide massif. Anaïs se questionne sur le fait que tous les bébés aient ce genre de comportement.

Par ailleurs, et toujours dans la confusion, il apparaît que jusqu'alors, le fait d'être dans les bras ou le biberon parvenaient à calmer James pour qu'il se rendorme. Aujourd'hui, « *on n'arrive pas à le calmer comme ça, comme avant (...) s'il a pas faim de toute façon on arrive pas à le calmer ou alors faut... faut le réveiller, le lever et aller jouer* ». L'on se demande, à partir des théorisations de Szwec (2007), si l'alimentation nocturne n'est pas source d'une excitation analogue à celle réalisée par le bercement de Fain (Fain & Braunschweig, 1975). Nous nous questionnons également sur le fait qu'Anaïs parle de devoir « réveiller » James. Cela veut dire qu'il dormait par ailleurs ? La difficulté à désinvestir son bébé implique alors une incapacité à permettre à son enfant de la désinvestir à l'état de veille ou de sommeil. Ainsi, les troubles du sommeil renverraient finalement au retour d'un état de tension qui ne se décharge pas et ne s'apaise pas (Szwec, 2002, cité dans Breil & al., 2010). Cet état serait associé à une mère insuffisamment intriquante et l'endormissement impliquerait ainsi la prédominance de la désintrinsication pulsionnelle (Ribas, 2002). Il y aurait un « trop » d'investissement. Ce surplus d'excitations est lié à la faillite du pare-excitation maternel (Kreiser & Cramer, 1985c ; Kreiser & al., 1974). L'on se doit cependant d'évoquer également la possible implication de facteurs constitutionnels (seuil de sensorialité, repli, capacité d'adaptation et de désengagement, ...)

dans les insomnies de James, qui se surajouteraient aux problématiques interactionnelles, fantasmatiques et transgénérationnelles.

Les pleurs sont également difficiles à supporter pour Anaïs qui verbalise son incapacité à laisser pleurer James. Les pleurs du bébé lui renvoient une détresse insupportable et qui fait probablement écho à sa propre détresse infantile, à l'état de désaide primaire et à sa problématique abandonnique. Sa propre représentation du bébé insatisfait, souffrant et angoissé est projetée sur son bébé. Parallèlement, Anaïs se défend alors d'une identification au « mauvais objet maternel » en contre-investissant tous les mouvements violents et agressifs ressentis à l'encontre de son fils, ce qui aboutit à une disponibilité sans limite et à une incapacité d'intégrer des limites et de la frustration. Cette relation « idéale » mère-fils a pour vocation de « réparer » celle, défailante, avec sa propre mère.

L'impossibilité à tolérer le manque se retrouve également dans l'achat d'énormément de « gadgets », de choses inutiles pour le bébé et/ou ses soins, pour être sûre qu'il ne manque de rien au regard de sa propre enfance marquée par l'absence de cadre et l'absence de modèle parental. Lors du dernier entretien, elle fait le lien entre « *beaucoup beaucoup d'interdictions* » dans son enfance et sa difficulté à dire « non » et à poser des limites à son fils. Elle tente ainsi de réparer l'enfant qu'elle a été à travers son fils. Cela participe probablement grandement au caractère « *têtu* » et « *désobéissant* » de son fils. Celui-ci n'est âgé que d'un an, l'on peut donc supposer qu'il s'agit surtout de ses propres projections et représentations de son fils puisqu'il n'est pas encore dans une intentionnalité si développée de ses actions. Poser des limites et frustrer James pourrait être vécu comme un sentiment de rejet de la part d'Anaïs mais aussi comme la peur d'être elle-même rejetée par James par la suite si elle lui dit « non ». La représentation de James qui en découle est celle d'un enfant roi, d'un enfant tyran. L'on peut penser que James cherche des limites de la part de ses parents, que sa mère ne lui donne pas, ce qui entraîne une montée en puissance des comportements agressifs de James. Cela manifeste une très forte angoisse de sa part. Cela d'autant que la gestion des mouvements pulsionnels reste très compliquée et que ces derniers viennent le déborder.

La problématique de perte, de séparation et l'impossibilité de « manquer » se repère également dans l'impossibilité d'Anaïs à confier son enfant à quelqu'un d'autre que son conjoint et au fait d'être en permanence dans la même pièce que lui, sauf lorsqu'il dort. Elle s'avère ainsi très ambivalente car elle est également en demande d'un relais mais met en échec tout ce qui a pu lui être proposé. Cela renvoie également à sa propre difficulté à être seule, d'autant qu'elle a coupé les ponts avec toutes ses anciennes relations depuis la naissance de James. Tous ses proches et connaissances étaient dans la drogue. L'extérieur apparaît comme

dangereux. Le souhait, très ambivalent du reste, que James aille à la crèche aurait pour but de préparer la séparation avec la scolarisation. Anaïs évoque sa crainte que James soit « *malheureux plus tard parce que quand il va aller à l'école on va forcément être séparés (...)* *Donc il va se retrouver seul et c'est ça qui me fait le plus peur en fait* ». Elle ajoute : « *En fait, je voudrais pas qu'il soit malheureux... qu'on soit séparés. Mais en même temps j'ai l'impression que le fait de l'y mettre, il va forcément être malheureux* ». Elle élude ensuite ces représentations trop angoissantes pour elle. L'on ne peut que noter que la séparation est source de « *malheur* » pour James dans les représentations d'Anaïs. Le fait d'être séparé d'elle implique qu'il sera « *tout seul* », abandonné. Anaïs projette ainsi massivement ses propres angoisses abandonniques et de séparation, sur son fils. La séparation apparaît donc toujours impossible à élaborer pour elle.

Nous apprendrons par les professionnels référents d'Anaïs qu'elle a accepté de confier James au relais parental deux demi-journées par semaine autour des un an et demi de son fils. Elle était également en demande d'un suivi psychologique afin de « travailler sur la relation avec [son] fils » qu'elle met cependant en échec.

Les troubles du sommeil sont perçus très négativement par Anaïs bien que cela reste mis à distance par la minimisation, l'isolation voire l'absence d'affects. En effet, la fatigue des parents et du bébé a des incidences sur leur vie entière. L'on retrouve la représentation d'un bébé qui l'empêche de vivre et d'un bébé « vampirique » qui vide ses parents de leur substance : « *ça devient vraiment dur là, même pour mon conjoint. On regardait les photos, il a perdu au moins 10 kilos* ». Par ailleurs, l'on se demande dans quelle mesure cette représentation ne la concerne pas elle-même puisqu'elle-même a encore perdu du poids. Ainsi, les représentations d'Anaïs concernant James sont envahies par la problématique du sommeil : « *Ben c'est dommage, fin... moi y aurait pas le sommeil, ça serait le bébé parfait quoi (rire). Ça enlève deux tiers du bébé parfait (rire)* ». Cela alimente des représentations majoritairement négatives.

Anaïs évoque parfois des pertes de contrôle face au comportement de son fils : « *Ça m'est arrivé plusieurs fois de le laisser, de crier euh : « Va-t'en au dodo ! », partir de la chambre, souffler, même pleurer et partir le rechercher : « excuse-moi »* ». Cela nous renvoie à la représentation d'une mère ambivalente, alternant entre des périodes de sollicitations massives de son enfant (lorsqu'ils sont tous les deux au domicile, que James joue et que sa mère ne peut s'empêcher de le solliciter, de lui parler), de relation fusionnelle et des périodes marquées par des mouvements de rejet. Cela ne peut que renforcer le sentiment d'insécurité du

bébé et instaure des conditions peu propices au sommeil. Par ailleurs, cela s'articule avec la difficulté de gestion de ses mouvements pulsionnels par James.

Les troubles du sommeil de James sont associés à un sentiment de culpabilité et à des questionnements d'Anaïs sur sa responsabilité dans ses troubles. Cela a trait au fait qu'elle ait été sous traitement de substitution aux opiacés au cours de la grossesse. Le besoin de réassurance est massif.

L'alimentation et la réactualisation d'angoisses archaïques

La question de l'alimentation et notamment les problèmes digestifs sont également au-devant du tableau. Dans un premier temps, le fait que James « *grossisse bien* », selon sa courbe de croissance, conforte, rassure et valorise Anaïs dans ses compétences maternelles. Néanmoins, Anaïs fait état de régurgitations massives avec des représentations d'un bébé qui se vide, voire se liquéfie. L'intégrité corporelle de James est de nouveau mise à mal. Les problèmes digestifs sont également perçus comme intentionnellement dirigés contre elle. Ils sont également à l'origine de comportements intrusifs de la part d'Anaïs, avec une effraction des limites, où l'on se pose la question d'une certaine « jouissance » d'Anaïs ainsi que la question du contrôle : « *là ça fait une semaine et demie que je suis obligée de lui mettre le thermomètre pour sortir son caca. Le pauvre ! Et puis j'ai pas le choix* ».

L'allaitement au sein semble également avoir cristallisé certaines problématiques. En effet, dans le discours d'Anaïs, l'allaitement au sein la vidait de ses forces, renforçant la représentation d'un bébé menaçant son intégrité physique, psychique et menaçant sa vie. L'allaitement entraînait la perte de la vue. Cela pourrait-il être compris comme une punition, une castration face à des désirs voyeuristes ou la réalisation d'un désir et plaisir incestueux à travers l'allaitement de son bébé ? L'on pourrait faire l'hypothèse d'une confusion entre sein érotique et sein nourricier selon les considérations de Parat (2011) avec donc un retour des vœux œdipiens et incestuels. Nous y ajoutons également les vœux et angoisses de fusion et de dévoration archaïques. Cela pourrait également sous-tendre la difficulté pour Anaïs de s'occuper de son bébé ou la peur de ne pas savoir s'en occuper. Elle le remet alors entre les mains des soignants, qui savent et/ou comme protection contre son excès de pulsionnalité.

Par la suite, le discours d'Anaïs s'avère extrêmement confus où se mélangent les fantasmes incestueux d'Anaïs, le désir de l'allaiter du fait probablement du plaisir que cela lui procure au niveau fantasmatique mais également en tant que soutien à la relation avec son bébé, et enfin la représentation d'un bébé vampirique qui pourrait la dévorer. Ce dernier fantasme fait écho à sa propre relation orale avec sa mère, à l'angoisse que celle-ci la dévore et à son désir

de la dévorer. Bien qu'il y ait toujours une reviviscence du pulsionnel prégénital, activé par celui du nourrisson (qu'il y ait ou non allaitement maternel) (Parat, 2011), l'on peut penser que l'allaitement au biberon a pu permettre de limiter ou de mieux gérer les excitations qu'entraîne la rencontre avec l'enfant et l'excès pulsionnel lié au sauvage maternel (Parat, 2011).

La diversification et le passage à des aliments solides semblent, au contraire, s'être bien passés. Anaïs explique ainsi qu'il « *picore* », grignote des boudoirs® et qu'il veut manger la même chose que ses parents. Il veut également boire son lait au verre et non plus au biberon, dans un désir d'autonomisation valorisé par sa mère. Cela corrobore nos hypothèses autour des fantasmes et angoisses archaïques en jeu autour de l'allaitement chez Anaïs.

Représentations d'un bébé malade, projections maternelles et angoisses de perte

James est ainsi décrit, à l'entretien des quatre mois comme à celui des un an, comme un bébé « *malade* », n'allant « *vraiment pas bien* » jusqu'à des fantasmes de troubles de l'intégrité corporelle. Anaïs ajoute qu'elle a « *tendance à être beaucoup inquiète quand même* », à être « *très très anxieuse avec James* » avec « *toujours la peur qu'il lui arrive quelque chose* », « *la peur qu'il soit malade. Je sais pas pourquoi, j'ai peur qu'il ait quelque chose tout le temps quoi.* ». Elle fait le lien avec le fait qu'elle-même souffrait d'un problème bébé qui n'a été décelé qu'à ses neuf mois, auparavant elle « *hurlait tout le temps* ». Elle se demande d'ailleurs à juste titre si elle ne « *reporte* » pas ça sur James. Cette représentation d'un bébé « *malade* » renvoie aux projections d'Anaïs dans une identification projective indifférenciée. L'image qu'elle a d'elle-même est en effet marquée par la maladie, avec un corps entre guillemets « *pourri* » : « *au bout d'un moment j'fais j'maigris quand même vachement vite quoi euh j'voyais j'avais des cernes j'les ai encore d'ailleurs. Je j'creuse de jour en jour j'ai l'impression que j'fatigue.* ».

Il se peut que l'angoisse de mort et/ou de maladie concernant son fils renvoie aux vœux de mort inconscients à son égard, d'autant que le bébé est peu gratifiant et représenté comme une potentielle menace responsable de la perte de ses forces. Il vient réveiller les conflits précoces d'Anaïs. Elle évoque d'ailleurs le fait qu'elle a peur qu'il lui arrive quelque chose à elle-même : « *Des fois je me dis « Mais si je suis malade et tout, qu'est-ce qu'il va devenir ? »*, « *J'ai peur qu'il m'arrive quelque chose et qu'il finisse tout seul.* » Se pose ainsi la question de ce que va devenir son bébé sans elle, ce qui la rend également indispensable, mais également la question de ce qu'elle deviendrait sans lui. Les angoisses d'abandon, de séparation, de perte d'objet sont ainsi également centrales dans cette problématique de mort.

Un bébé objet de représentations ambivalentes

James est perçu, à ses quatre mois aussi bien qu'à ses un an, comme un bébé « *très très speed, très très nerveux. (...) Il est énervé tout le temps, tout le temps, tout le temps. C'est un paquet de nerfs ! C'est un paquet de nerfs !* », « *J'ai toujours tendance à dire : « Il est bouffé par les nerfs »* ». Quel sens cela peut-il avoir, un bébé qui ne dort pas et qui se montre tonique ? Tente-t-il de montrer qu'il est bien « vivant » face aux représentations mortifères de sa mère ? Anaïs se questionne également sur un lien avec ses propres troubles du sommeil et surtout avec son traitement de substitution pendant la grossesse. Cela semble remettre en jeu un sentiment de culpabilité.

Malgré tout, Anaïs évoque avec beaucoup de bonheur et d'émerveillement les changements et l'évolution de James, aussi bien lors du second que du dernier entretien. Il est également source de représentations positives et son développement ainsi que les premières interactions sont gratifiantes et investies très positivement par Anaïs. Il nous semble que, paradoxalement face à ses angoisses de séparation, elle se projette avec plus de plaisir et de positif avec un bébé plus âgé et peut-être, d'une certaine manière, plus autonome qu'un tout petit. Cela traduit également sa crainte de la dépendance. Ainsi, le dernier entretien sera beaucoup plus fourni en termes de descriptions et de représentations de James ainsi que d'elle-même en tant que mère. Anaïs évoque des comportements rappelant le « jeu de la bobine » de Freud ou encore le « jeu de la spatule » de Winnicott, ainsi que du « coucou-caché » où James semble prendre beaucoup de plaisir. Cela nous renvoie aux théorisations de Winnicott et de Freud sur la gestion de l'angoisse de séparation et la transitionnalité, et donc la création des représentations et l'intériorisation de l'objet. James est aussi dans l'imitation et l'identification à sa mère, ce qui implique la constitution et l'existence d'un Moi et va permettre la différenciation, le dégagement vis-à-vis de l'autre progressivement perçu comme tel. Le langage apparaît également investi avec ses premiers mots. Au niveau psychomoteur, James a fait du quatre-pattes et s'agrippe aux objets pour se mettre debout. Néanmoins, il n'arrive ni à se mettre en position assise seul ni à tenir cette position comme s'il lui manquait un support, un appui, comme s'il n'avait pu intérioriser un support externe. Anaïs semble investir ces changements positivement. Nous repérons malgré tout une ambivalence à l'égard de l'autonomisation de James. Ainsi, le fait qu'il décide, s'oppose, se manifeste dans son individualité et son caractère peut être perçu négativement par Anaïs puisqu'il ne répond pas à ses demandes ou attentes au moment où elle souhaiterait qu'il dise ou fasse quelque chose. Malgré tout, Anaïs dit se sentir « *très bien* » et « *épanouie* » dans son rôle de maman.

Anaïs évoque également son désir d'avoir un deuxième enfant. Les représentations sont très contrastées, traduisant le conflit psychique à l'œuvre et l'ambivalence entre ce désir d'un deuxième enfant et le fait que cela soit très compliqué avec James actuellement, toujours en lien avec le sommeil et son caractère. Il y a aussi l'espoir sous-jacent que cela « *changerait peut-être James aussi* » dans une fonction réparatrice de ce nouvel enfant. Par ailleurs, c'est également l'angoisse de ne pas pouvoir tout donner à ce deuxième enfant (ou à James, le discours est confus et les identités également) s'ils sont deux et la peur de ne pas les aimer pareil. Cela vient traduire son propre manque affectif. Ce désir d'enfant renvoie au désir de l'enfant imaginaire jamais comblé. Par ailleurs, ce désir n'intervient-il pas au moment où James s'autonomise de plus en plus ? Cela nous semble particulièrement pertinent dans la mesure où Anaïs verbalisera à plusieurs reprises à son infirmière référente qu'elle s'ennuie, de même que James. James vient ou venait en effet « combler » un « vide » : « *Maintenant y'a James, la maison elle s'arrête jamais quoi. Mais du coup euh moi ça me plaît bien, ça me plaît bien, je suis contente d'être maman, moi ça me... fallait que je sois maman quoi (rire)* ».

COUPLE ET PERE DU BEBE

Anaïs semble différencier son conjoint de son bébé, distinguant les générations et les places de chacun de par l'amour qu'elle leur porte : « *c'est deux amours différents quoi* ». La relation dyadique mère-bébé est prédominante dans le discours d'Anaïs à l'entretien des quatre mois, qui n'introduit plus son conjoint de façon spontanée. Cela nous laisse le sentiment d'une relation fusionnelle et exclusive avec le bébé mais où la relation est plus menaçante pour Anaïs. Son conjoint n'est dès lors pas perçu comme un soutien ou un relais, ou insuffisamment. Cela est moins vrai lors du dernier entretien où son conjoint apparaît comme soutien, support d'étayage et de réassurance majeure dans son rôle de mère. Il semble aider à canaliser les angoisses et occupe une position plus tierce dans la relation mère-bébé, ce qui est rassurant malgré tout face aux angoisses de séparation de l'une et l'autre. Par ailleurs, c'est aussi un père présent auprès de son fils. Ils profitent également de moments à trois.

Anaïs évoque son désir, ainsi que celui de son conjoint de « *se retrouver un petit peu tous les deux quand même* », « *c'est vrai que ça nous manque* ». L'ambivalence reste cependant au premier plan. Anaïs est aux prises entre son désir de passer du temps en couple, mais aussi de se reposer sans James, et son impossibilité de s'en séparer. L'absence de moments à deux et de relations intimes est source de peur d'une rupture du couple de la part d'Anaïs, autant que de son conjoint d'après elle. Les troubles du sommeil de James viennent ainsi mettre en

difficulté, voire en péril, le couple. Cela alimente une représentation négative du bébé, mise à distance.

DES RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES MARQUEES PAR L'AMBIVALENCE ET LA RECHERCHE DE REPARATION

Anaïs estime également que la grossesse et la naissance de James ont modifié les relations qu'elle entretenait avec sa mère dans quelque chose de très positif voire idéalisé puisqu'elle nous dit qu'elle a « *une vraie mère* » avec qui elle peut « *passer du temps* ». L'on repère, comme lors du premier entretien, une attente par rapport à sa mère, un manque affectif qu'Anaïs souhaite combler au maximum, mettant à distance toutes les représentations plus négatives qui se repère notamment par la dénégation. Finalement, il apparaît pourtant que sa mère est centrée sur le bébé plutôt que sur sa fille. L'on repère également l'ambivalence entre le « trop » et le « pas assez » de présence de sa mère. Il lui est difficile de trouver un équilibre entre angoisse de perte et angoisse d'envahissement. Elle parlera d'une relation « *en tant que copine* » au dernier entretien.

Anaïs tente, à travers son fils, de réparer l'enfant qu'elle a été et de combler le manque affectif. Elle se différencie d'ailleurs de sa propre mère à ce dernier niveau : « *Ma mère en fait je me rappelle même pas de la relation... Je sais que c'était froid, y avait pas de bisou, pas de câlin, et nous c'est plutôt le contraire. (...) Nous on a tendance à être très cocooning avec lui. Je sais que c'était trop froid avec ma mère... On s'est jamais dit je t'aime, on... même là au jour d'aujourd'hui, hein* ».

UNE PREMIERE ANNEE DE VIE DU BEBE MARQUEE PAR UNE REPRISE DES CONSOMMATIONS DE DROGUE

Nous l'avons dit, la naissance de James a entraîné une rupture des liens avec toutes ses connaissances liées à la drogue. Anaïs a également mis en place des stratégies d'évitement pour ne pas risquer d'être confrontée aux produits. Cela d'autant qu'elle évoque, lors de notre seconde rencontre, des « *moments où j'y pense à la conso hein.* » Il s'agit de moments où elle se sent trop fatiguée ou lorsqu'elle a des douleurs (dents, dos). La drogue représente donc toujours un appui lorsque ça ne va pas, un soutien, un moyen de se « booster ». Cela concerne également les difficultés dans son rôle de mère où la drogue pourrait représenter un étayage pour elle. L'ambivalence par rapport à la drogue est massive avec une envie de consommer toujours présente où le bébé occupe la place d'un pare-drogue. La drogue est associée au plaisir : « *C'est con, j'aime ça. Je le sais* », ce qui la « *fragilise* ».

Nous apprenons que depuis l'entretien des quatre mois de James, Anaïs a été en contact avec des anciennes connaissances et qu'elle a eu de nouveau recours à l'héroïne : « *les vieux démons sont toujours là. (...) c'est pour ça que je suis bien toute seule.* ». Il nous semble ressentir un sentiment de gêne et de honte de la part d'Anaïs du fait d'avoir recommencé à consommer. Elle tente de se valoriser et de mettre à distance ces sentiments en ajoutant qu'elle en a parlé avec son médecin addictologue, qu'elle a repris uniquement son traitement et coupé les ponts avec cette « personne ». Elle souhaite ainsi donner une image de personne responsable. Elle évoque d'ailleurs un sentiment de culpabilité notamment par rapport à son fils lié au fait d'avoir recommencé à consommer. James n'est pas (plus ?) venu remplacer l'objet-drogue pour Anaïs. Les difficultés rencontrées avec son bébé et la réactualisation des problématiques infantiles et d'angoisses de perte massives ont largement pu contribuer à la reprise des consommations d'Anaïs, d'autant que James commence à s'autonomiser.

1.1.2. Protocole du Rorschach et psychogramme d'Anaïs

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I	00''	1	Un grimelins - <i>rire</i>	Un monstre avec les yeux, les oreilles	G	F+	(A)	
		2	Un monstre		G	FClob	(A)	
			Il me fait penser à un monstre celui-là je sais pas pourquoi	La bouche pas gentille	G	+	(A)	
		3	Un peu grimelins sur les bords avec une boucle d'oreille et tout			F+/-		
			J'sais pas					
			Ou un bassin - <i>rire</i>					
		3	Des os	G		Anat		
4		G	F-	Anat/os				
	<i>Y'en a plein d'autres, chouette !</i>		F+/-					

II	02''	5	Ca me fait penser à l'intérieur de nous pareil encore	La cage thoracique et puis derrière les poumons, le cœur, les organes	G	F-	Anat	
		6	Les poumons ou j'sais pas		D2	FC-	Anat	
		7	Ça me fait penser à l'intérieur de moi 'fin j'sais pas		G	FC-	Anat	
		8	A du médical 'fin les organes		G	F+	Science	
		9	La cage thoracique et tout ça j'sais pas pourquoi		G	FC-	Anat	
III	7''	10	<i>Ah ça c'est bizarre</i> Ça me fait penser un petit peu au cordon ombilical avec le bébé de chaque côté	J'vois le cordon avec le fœtus qui est tout petit	D2	F+	Anat	Choc

		11	A un cordon ombilical avec un fœtus au bout		D2	F+	Anat	
		12	Ouais un fœtus j'sais pas pourquoi		D1	F-	A	
			Puis le reste un insecte, donc y'a aucun truc qui va avec mais bon - <i>rire</i>					
IV	00''		Je vois que ça ressemble à un dessin plié en deux - <i>rire</i>					Choc
	08''		Et bah alors là					Symétrie
			Ça m'inspire pas du tout - <i>rire</i>					→ Refus
	03''	13	Bah des pieds de chaque côté avec j'sais pas		D6	F+	Hd	
			'fin c'est bizarre ce truc là					
			Non il m'inspire pas celui-là - <i>rire</i>					

V	00''	14	Ah on dirait une chauve-souris		G	F+	A	Ban
		15	Ou un papillon		G	F+	A	Ban
		16	Ouais une chauve-souris, papillon, j'sais pas trop, un truc comme ça Ouais une chauve-souris Ou un papillon de nuit		G	FC'+	A	Ban
VI		17	On dirait une bête morte, écrasée, une carquette - <i>rire</i> Ça fait un peu ça hein - <i>rire</i> Ouais, pauvre bête	Un chat Un chat bien écrasé, bien à plat	G	F+	A	Tend. Choc
		18	On dirait un chat écrasé, avec les moustaches, la tête, les patés - <i>rire</i> Pauvre chat - <i>rire</i>		D/G	F+	A	
		19	La colonne au milieu		D5	F+	Anat	Symétrie

VII	17''		Alors ça Je vois pas du tout					Refus/choc
VIII	6''	20	Je vois un caméléon de chaque côté déjà	Un caméléon de chaque côté	D1	F+	A	Ban
		21	Ouais un caméléon de chaque côté	Puis là j'arrive pas à voir	Dbl	F+/-	Anat	
		22	En fait on dirait vachement des trucs avec des os, tout le temps Ouais ça me fait toujours penser à des os, à ce niveau-là et la colonne là, la colonne vertébrale avec des caméléons de chaque côté - <i>rire</i>		D/G	F+/-	Anat/A	Tend. choc

IX	10''	23	Je verrai bien un insecte		G	F-	A	Choc
		24	Mais c'est pareil je vois toujours des os, je sais pas pourquoi, ça me fait penser à des os		G	F+/-	Anat	
		25	On dirait des cranes aussi		G	F-	Anat	
		26	Là on dirait un crane avec les deux narines		Dbl8	F-	Anat	
		27	Là c'est pareil avec les yeux					
		27	Ouais un insecte - <i>rire</i>		D6+D11+Dbl29	F-	Anat	
		28			G	F-	A	
X	12''	29	Bah des petites bestioles qui sont en train de ...	La tête de mort (<i>rép. Add</i>)	G	F+/-	A	Choc
		30	Ouais moi j'vois plein de petits animaux un peu bizarres - rire	Les scarabées avec les mandibules (<i>Rép. Add</i>)	G	F+/-	A	
		31	C'est vrai, j'vois un animal là, j'en vois un là, un là, encore un là, là aussi de chaque côté	Les coquillages (<i>rose</i>) (<i>Rép. Add</i>) Des petites bêtes partout	D	F+/-	A	

			Des serpents	Y'en a partout ouais				
		32	Ouais je vois plein de petits insectes partout 'fin des animaux irréels	Des bêtes on sait pas quoi hein mais des bêtes quand même	D9	F+	A	
		33	Un faux crabe		G	F+	A	
		34	Un taureau bizarre		G	F+	(A)	
		35	Ouais voilà		D1	F+	A	Ban
		36	Des animaux bizarres		D10	F+	A	
		37			G			

Temps total : 20''

Choix + : - X : celle-là je l'aime bien, elle est colorée
- II : (Difficile de choisir entre la II et la III) Celle-là elle m'intrigue un peu, parce-qu'en fait on dirait des fœtus, c'est bizarre ce truc là

Choix - : - VI : celle du chat écrasé, pauvre chat - rire
- IX

PSYCHOGRAMME Anaïs

R : 37

R additives : 3

Refus : 1 pl. VII

Tps total : 20'

Tps/rep. Moyen :

G : 24

G%: 64

D: 10

D%: 28

Dd: 0

Dd%: 0

Dbl: 3

Dbl%: 8

Choix + : X, II

Choix - : VI, IX

TRI : 0K/1,5C

F. Compl. : 0kan / 0E

RC% : 47%

IA% : 45

F: 31

F%: 86

F+% : 60

K:

kan:

kp:

kob:

FC: 3-

CF:

C:

FC': 1+

C'F:

C':

FE:

EF:

E:

FClob: 2+

ClobF:

Clob:

H: 0

Hd: 1

(H): 0

A: 16

Ad: 0

(A): 5

Ban : 5

Elem :

Frag :

Obj :

Anat : 16

Géo :

Bot :

Scène :

Nature :

Arch :

Abstr :

Symb :

Sang :

Sexe :

Science : 1

Eléments qualitatifs : Sym. pl. VI.

Refus pl. VII

1.1.3. Analyse du protocole du Rorschach d'Anaïs

1.1.3.1. Clinique de la passation

Anaïs oscillait entre plaisir et angoisse à l'idée de la passation de ce premier test. Elle se montre, comme lors de la présentation de la recherche, très intéressée, volontaire et investie dans la passation. Les commentaires mais également le besoin de « bien faire », de répondre à nos attentes, manifestent un besoin d'étayage et de relation avec la clinicienne tout au long du protocole. Par ailleurs, les commentaires manifestent une angoisse qui apparaît finalement massive face à la résonance liée aux problématiques associées aux planches, au travers d'un nombre important de réponses Anatomique ou Clob. Des défenses maniaques sont également prégnantes à travers le rire qui manifeste également le besoin de décharge d'une certaine tension.

La productivité est importante puisqu'Anaïs donne 36 réponses en une vingtaine de minutes. Cela traduit probablement le désir de terminer rapidement le test afin d'être débarrassée de cette situation angoissante et de la confrontation aux problématiques.

La verbalisation apparaît non inhibée, parfois crue.

1.1.3.2. Analyse des processus de pensée

L'on repère plusieurs modes d'appréhension ce qui traduit une richesse des processus de pensée. Cependant, les réponses globales supérieures à la norme associées à des réponses détails inférieures à la norme, indiquent une prise de distance par rapport au matériel qui apparaît très régulièrement comme tentative défensive contre l'envahissement fantasmatique. Cela n'est cependant pas opérant aux planches I, II, IX ou X. Les réponses Dbl supérieures à la norme viennent également traduire une sensibilité au vide et au manque.

Les différents modes d'appréhension sont exclusivement associés à des réponses formelles. L'absence de kinesthésies humaines ou animales implique une tentative de contrôle face à la pensée et à la vie fantasmatique. Il s'agit d'une tentative de répression de la vie interne comme lutte contre l'envahissement fantasmatique. Cela ne fonctionne cependant pas toujours. Il apparaît ainsi une absence de créativité de pensée et une difficulté ou impossibilité à élaborer les conflits du monde interne. Cela rend compte d'une absence de souplesse psychique.

Les réponses formelles exclusives traduisent également une tentative d'adaptation à la réalité externe et un surinvestissement de cette dernière au détriment du monde interne. Néanmoins, les bonnes formes restent inférieures à la norme, ce qui vient rendre compte de la force des mouvements projectifs et des fantasmes qui imprègnent alors la réalité. Les mauvaises formes apparaissent aussi nombreuses que les formes floues (F +/-). Cela traduit l'échec des

défenses rigides, l'échec d'adaptation au réel et une imprécision des limites débordées par les mouvements pulsionnels et fantasmatiques. L'échec de l'adaptation à la réalité externe reste cependant nuancé par un nombre de banalités suffisants. Les réponses animales supérieures à la norme et les réponses humaines inférieures à la norme avec une absence de contenu humain entier viennent rendre compte d'une fragilité importante des repères socialisants. Le cadre permettant de différencier réalité interne de la réalité externe apparaît ainsi défaillant chez Anaïs.

Il apparaît également un certain investissement de la vie affective au détriment de la vie interne et du monde fantasmatique avec un TRI extratensif et un RC% supérieur aux normes. Cela traduit une affectivité plutôt labile et plus difficilement contrôlable. Anaïs est plus soumise à ses affects et ses émotions, ce qui participe à la perturbation de l'intelligence et du vécu immédiat. La sensibilité chromatique est manifeste avec à la fois une réactivité au noir traduisant une composante dépressive (planche V : « un papillon de nuit ») et une sensibilité au rouge qui vient désorganiser Anaïs face au mouvement pulsionnel massif à la planche II. Anaïs peut cependant se reprendre à la planche suivante où la représentation de bonne qualité formelle contient l'affect. L'on note également la préoccupation centrée sur la grossesse et le fœtus qui transparait à cette planche (« fœtus », « cordon ombilical »). Enfin, la sensibilité chromatique est manifeste aux planches pastelles impliquant une réactivité émotionnelle et une sensibilité importante face à l'environnement. Les mauvaises formes présentes en grand nombre impliquent un problème de gestion des affects dans son rapport au monde et une difficulté à gérer son rapport au monde de par la sensibilité émotionnelle d'Anaïs face à celui-ci. La sensibilité aux couleurs témoigne d'une sensibilité à l'environnement extérieur susceptible de venir désorganiser Anaïs, trop excitant en lien avec la porosité des limites dedans-dehors. Il s'agit d'une sensibilité directe à l'excitation qui peut alors s'avérer effractante. La planche VIII renvoie néanmoins, à travers la présence de la banalité, la possibilité d'adaptation au monde externe et une certaine capacité à intégrer les affects. Néanmoins, les défenses apparaissent trop coûteuses puisqu'Anaïs a finalement recours à des défenses narcissiques qui ne peuvent empêcher la désorganisation. Anaïs apparaît également sensible à la régression ainsi qu'à la séparation à travers le nombre important de réponses (8) à la planche X.

La pensée est très peu investie au regard du surinvestissement de la réalité externe et de la sensibilité affective. La réalité externe semble être investie défensivement dans une tentative de lutte contre les mouvements de pensée et la vie interne. Cela s'avère inopérant puisque l'on repère un débordement des mouvements projectifs. Les fantasmes viennent envahir la pensée. La rigidité et l'accrochage à la réalité externe ne tiennent pas toujours contre l'envahissement

fantasmatique qui vient la déborder.

Le recours aux réponses globales et l'accrochage à la forme, au percept viennent aussi signifier un accrochage aux contours et aux limites traduisant une problématique des limites.

1.1.3.3. Représentations de soi, narcissique

L'absence de kinesthésies et de contenus humains entiers signe des troubles importants de l'identification aux êtres humains et de la représentation de soi. Les réponses animales sont majoritaires et renvoient à une certaine immaturité. Par ailleurs, les contenus animaux renvoient à des contenus angoissants (planche I, planches III, IX, X : « insectes », « bestioles ») et sont associés à des problématiques des limites. La présence d'une banalité et d'une bonne forme à la planche V implique néanmoins une identité relativement stable. L'hésitation marquée par rapport à l'identité de l'animal (représentation intègre) vient cependant accentuer la problématique identificatoire. Les bonnes formes aux planches compactes (IV, V et VI) viennent également nous rassurer sur une certaine stabilité de l'identité malgré des fragilités. En effet, les réponses anatomiques sont extrêmement prégnantes dans le protocole et traduisent une préoccupation forte par rapport à l'intérieur du corps et l'intégrité de l'image corporelle. Cela nous questionne sur une éventuelle angoisse de morcellement puisqu'elles sont associées à des qualités de formes hétérogènes (F+, F-, F+/-). Elles comprennent également des réponses « os » qui impliquent un renforcement des défenses narcissiques aux planches I, II, VIII et IX. Cela vient mettre au jour une problématique narcissique.

Nous avons déjà longuement évoqué la porosité entre monde interne et monde externe à travers la présence supérieure à la norme de mauvaises formes et de formes floues (F+/- aux planches I, VIII, IX, X). Ces dernières sont particulièrement présentes aux planches pastelles. La régression vient ainsi mettre à mal les limites d'Anaïs. L'on relève par ailleurs, de nombreuses réponses « floues » sur l'ensemble des planches (« bizarre » planches III, IV et X ; « truc » planches III, IV et VIII ; « un peu », « sur les bords » ; « faux » Planche I ; « un peu », « irréel », « bizarre +++ » Planche X). L'on ne repère cependant aucune réponse peau dans son protocole. La porosité des limites apparaît donc essentiellement dans l'effraction par les fantasmes. L'on note également l'effraction par le sensoriel à la planche II et le RC% élevé associé à des réponses formelles hétérogènes. Cela vient toujours caractériser une instabilité, une porosité des limites entre dedans et dehors chez Anaïs.

L'absence de contenus humains et de kinesthésies humaines vient signifier l'existence d'une problématique identificatoire secondaire, sexuée. Cela d'autant qu'il existe déjà une problématique identificatoire aux êtres humains.

1.1.3.4. Représentations de relations

L'absence de kinesthésies signe d'ors et déjà l'absence de représentations de relations. Le protocole est traité sur un mode beaucoup plus narcissique par Anaïs, associé à une problématique des limites et à une fragilité identitaire. Cela se joue en-deçà de la relation objectale. La réponse à la planche II renvoie également à la recherche d'une relation fusionnelle qui pourrait néanmoins également être liée à l'état de grossesse d'Anaïs.

La relation à l'imgo maternelle est marquée par un refus total face à la planche VII. La confrontation à la planche IX, qui renvoie à la représentation de l'imgo maternelle prégénitale, entraîne une régression désorganisée. Le cadre entre monde interne et monde externe est débordé par la massivité des projections et de l'angoisse. L'imgo maternelle archaïque est angoissante et persécutrice (« les yeux »). Ce que l'on peut également noter à la planche I. La planche IX est le seul choix négatif d'Anaïs. La confrontation à la problématique de la planche entraîne également le besoin de renforcer les défenses narcissiques, ce qui signe la défaillance de l'objet interne et la problématique narcissique d'Anaïs.

La planche I renvoie à la nouveauté ainsi qu'aux premières relations. Elle est marquée par une représentation menaçante, dangereuse (« un monstre », « la bouche pas gentille » (enquête) et persécutrice (« les yeux » (enquête)). Anaïs s'appuie sur des défenses narcissiques et maniaques qui ne sont pas opérantes face à la massivité des projections et de l'angoisse.

La planche IV est dominée par l'angoisse et la tendance refus. Anaïs peut malgré tout reconnaître des morceaux humains et un élément phallique qui est refoulé. La puissance phallique autant que la massivité de la planche peuvent être à l'origine de l'angoisse et du refus de traiter cette planche. La planche VI apparaît moins difficile à traiter mais le contenu est cru avec une dépréciation et une « ridiculisation » de la virilité. L'on note également la présence de la pulsion agressive à minima à travers la dépréciation (« une bête morte, écrasée », « un chat écrasé »). La passivité domine mais renvoie à quelque chose de destructeur et mortifère. Les fantasmes restent cependant contenus dans une bonne forme. Néanmoins, les défenses rigides s'avèrent trop coûteuses puisqu'Anaïs a finalement recours à une réponse narcissique. Les pulsions agressives et libidinales sont également abrasées, absentes du protocole.

Anaïs semble très sensible à la problématique de séparation puisque le nombre de réponses données à la planche X s'avère élevé (8 réponses). L'on note de nouveau une problématique des limites en jeu avec une prévalence de F+/- . Elle fait malgré tout partie des choix positifs d'Anaïs, sensible à la couleur et Anaïs peut se réorganiser à l'enquête.

1.1.3.5. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

L'angoisse apparaît manifeste et massive dans le protocole d'Anaïs à travers la présence de FClob, (tendance) chocs et (tendance) refus. L'indice d'angoisse est également très supérieur à la moyenne. L'on note également la présence du rire à la plupart des planches traduisant des défenses maniaques et le besoin d'évacuer la tension. Les réponses « floues » nous renvoient également à l'angoisse induite par le matériel projectif. L'angoisse est celle de perte d'objet avec la sensibilité dépressive au noir, la présence de réponses Dbl, la réactivité sensorielle massive et l'alternance entre maintien des liens au réel et émergence des fantasmes difficilement gérables. L'angoisse renvoie également à une angoisse plus identitaire mais plus de l'ordre d'une attaque narcissique (réponses os notamment) que d'une véritable angoisse de morcellement.

L'organisation défensive est marquée par la présence de défenses rigides à travers des précautions verbales, la prévalence des F et des G. Les précautions verbales s'articulent parfois avec des réponses traduisant un « flou » de la perception. Cela renvoie à une problématique des limites. Des défenses traduisant l'inhibition sont également repérées (« je sais pas », planches I, II, III, IV, V et IX). L'on repère également des défenses labiles : le refoulement massif qui se traduit par les tendances refus, les chocs, les réponses neutres, le TRI extratensif, la prévalence des affects, la sensibilité chromatique et les réponses Clob. Ces défenses, qu'elles soient rigides, labiles ou relevant de l'inhibition n'apparaissent cependant pas toujours comme opérantes puisqu'il y a envahissement fantasmatique à la plupart des planches exceptées la V et la VI. Les défenses narcissiques largement utilisées ne permettent pas non plus d'éviter la désorganisation. Cela masque également une émergence pulsionnelle mal assumée et mal intégrée. L'on note également des défenses maniaques. Le mécanisme de l'identification projective est également repéré (planche I notamment).

1.1.3.6. Conclusion

Il apparaît clairement que des processus adaptés fonctionnent en alternance, peut-être en clivage, avec des processus traduisant la désorganisation du rapport à la réalité externe chez Anaïs. Le fonctionnement mental est marqué par l'hétérogénéité et par l'envahissement pulsionnel et fantasmatique difficilement canalisable par Anaïs. Les défenses rigides, labiles et inhibitrices laissent régulièrement la place à des défenses narcissiques. Aucune n'est en mesure d'empêcher la désorganisation. Malgré tout, Anaïs paraît, par moment, en capacité de s'adapter au monde externe auquel elle est sensible par ailleurs. Cela se fait au détriment de l'investissement de son monde interne, probablement trop angoissant et menaçant. Les affects

et l'impact de l'environnement autant que la régression sont également sources de désorganisations. Cela vient mettre au jour une problématique des limites puisque la frontière entre monde et monde externe est régulièrement mise à mal. Elle apparaît poreuse et instable. L'on note également une sensibilité dépressive. L'angoisse serait alors dépressive mais l'angoisse identitaire apparaît également dans quelque chose plutôt de l'ordre d'une problématique narcissique que d'une véritable angoisse de morcellement. Ces éléments nous font pencher vers une problématique limite marquée par une fragilité identitaire et une problématique narcissique majeure.

1.1.4. Protocole du TAT d'Anaïs

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: Histoire ? Comment ça une histoire ? Non bah c'est pas évident une histoire. A part dire qu'un enfant regarde un violon. (*Oui*) Je sais pas moi. Donc bah il réfléchit à savoir comment il va s'en servir (rire). « Comment je vais m'en servir de ce truc-là ». Et qui c'est qui va lui apprendre à en faire. Après là je sais vraiment pas. Je suis à cours de cerveau là, je vous promets. Ouais il m'inspire pas lui !

Procédés du discours :

Histoire ? Comment ça une histoire ? [CM1+] Non bah c'est pas évident une histoire. [B21 ; CI1] A part dire qu'un enfant regarde un violon. [CF1] (*Oui*) Je sais pas moi. [CI1] Donc bah il réfléchit à savoir comment il va s'en servir [A24] (rire) [CM3]. « Comment je vais m'en servir de ce truc-là » [B11 ; CN2-]. Et qui c'est qui va lui apprendre à en faire [B12 ; CM1+]. Après là je sais vraiment pas [CI1]. Je suis à cours de cerveau là, je vous promets [CM3]. Ouais il m'inspire pas lui [CI1 ; CN2-] !

Problématique de la planche : *L'immaturité fonctionnelle est bien identifiée mais elle introduit la nécessité d'un étayage de l'objet pour parvenir à la dépasser. Cela renvoie alors plus à la question de la dépendance. Anaïs ne peut se dégager de la problématique puisqu'elle a recours à des procédés antidépressifs et à l'inhibition.*

Planche 2: (silence 9 sec) J'ai du mal à pas raconter ce qu'il y a sur l'image en fin de compte... On dirait la femme et... Je sais pas. J'en sais rien Et le mec dans son champ euh...(rire) Je sais pas, il cultive son champs quoi ! Et y'a l'autre à côté. A mon avis c'est sa femme. Il la fait cocu! (rire)

Procédés du discours : (silence 9 sec) J'ai du mal à pas raconter ce qu'il y a sur l'image en fin de compte... [B21] On dirait la femme et... [A31 ; CI2] Je sais pas. J'en sais rien [CI1] Et le mec dans son champ euh...(rire) [A11 ; E41 ; CM3]. Je sais pas [CI1], il cultive son champs quoi [CF1] ! Et y'a l'autre à côté [CN2- ; CI2 ; A11 ; E31]. A mon avis c'est sa femme [A31 ; B32]. Il la fait cocu! (rire) [B32 ; E23 ; CM3].

Problématique de la planche : La triangulation œdipienne semble bien identifiée malgré l'anonymat voir la confusion des identités entre les deux femmes. La rivalité passe par la représentation dévalorisée de la femme de l'homme. La représentation sexualisée est crue. Le renoncement à l'objet œdipien est impossible et signe une impossible élaboration de la problématique.

Planche 3BM : Ah ouais! Bah lui il est raide! Il est complètement déchiré, il s'est endormi sur sa banquette. C'est mon pote Vincent ! (rire) Ouais là, il s'est endormi sur sa banquette quoi! (rire) Ça me fait penser à un truc. Y'a pas très longtemps c'est mon frère qui était dans cet état là sur sa banquette de mobil-home et du coup c'est vraiment... limite le dessin de mon frère quoi! Ouais bah ouais nan ça fait l'effet d'un... et il pense pas quoi! Il se passe rien dans sa tête le pauvre. Enfin, le pauvre, c'est peut-être mieux pour lui. 'fin, on sait pas, ça peut être bien! Ça peut être bien quand il se passe plus rien (rire).

Procédés du discours : Ah ouais! [B21] Bah lui il est raide! [E23] Il est complètement déchiré [E23], il s'est endormi sur sa banquette [CF1]. C'est mon pote Vincent ! (rire) [B21 ; CM3] Ouais là, il s'est endormi sur sa banquette quoi! (rire) [CF1 ; CM3] Ça me fait penser à un truc. Y'a pas très longtemps c'est mon frère qui était dans cet état là sur sa banquette de mobil-home et du coup c'est vraiment... limite le dessin de mon frère quoi! [B21 ; CM2 ; CN1 ? ; CN3] Ouais bah ouais nan ça fait l'effet d'un... et il pense pas quoi! [E42] Il se passe rien dans sa tête le pauvre [E23]. Enfin, le pauvre, c'est peut-être mieux pour lui [A32 ; B23 ; A31 ; CN2+]. 'fin, on sait pas, ça peut être bien! [CN1 ; A31 ; CN2+] Ça peut être bien quand il se passe plus rien (rire) [CN1 ; CM3] .

Problématique de la planche : *La problématique dépressive de perte d'objet ne peut être abordée par Anaïs mais elle est reconnue dans la mesure où elle entraîne la recours à la représentation de la « défonce » et donc de la drogue. La représentation de l'objet-drogue, à travers ses effets, est convoquée face à la représentation de la perte d'objet impossible à élaborer. L'investissement narcissique (CN1) renforce l'hypothèse d'une impossible élaboration de la problématique de perte d'objet.*

Planche 4: Oh les amoureux ! Ah bah eux ils sont amoureux ça c'est sûr, ça donne envie d'être pareil! (rire) Mais ouais c'est... sa copine ou sa femme qui le retient...ou sa maitresse encore. Je sais pas pourquoi... Pourtant, nan j'ai qu'un seul homme hein! (rire)... pour l'instant! (rire).

Procédés du discours : Oh les amoureux ! [B21 ; B32] Ah bah eux ils sont amoureux ça c'est sûr, ça donne envie d'être pareil! (rire) [CI2 ; B32 ; CN2+ ; B21 ; CM3] Mais ouais c'est... sa copine ou sa femme qui le retient...ou sa maitresse encore. [E31 ; B32] Je sais pas pourquoi... [CI2] Pourtant, nan j'ai qu'un seul homme hein ! (rire)... pour l'instant! (rire). [E33 ; B21 ; CM3].

Problématique de la planche : *La pulsion libidinale est bien repérée et surinvestie. Cela s'inscrit dans une angoisse de perte d'objet, qui est soulignée par la confusion identitaire. L'angoisse de perte d'objet se révèle massive dans la mesure où elle désorganise le discours.*

Planche 5: Là moi je dirai une maman qu'est pas contente. Il doit y avoir des enfants qui font les cons dans le coin. Je sais pas pourquoi. Ouais on va dire ça. Ouais une dame qu'est..., une maman qu'est pas contente dans son salon et puis voilà hein! Là je vois que ça!

Procédés du discours : Là moi je dirai une maman qu'est pas contente [A31 ; A34 - affect minimisé ; E22]. Il doit y avoir des enfants qui font les cons dans le coin [A31 ; B12 ; E23 ; B23]. Je sais pas pourquoi [CI2]. Ouais on va dire ça. Ouais une dame qu'est..., une maman qu'est pas contente dans son salon et puis voilà hein! Là je vois que ça! [CI2 ; B33 ; A31 ; E22 ; A12 ; CI2 ; CI1].

Problématique de la planche : *L'on note la référence possible à la scène primitive et à la sexualité mais c'est la représentation d'une imago maternelle persécutrice qui domine.*

Planche 6GF : (silence 7 sec) Elle m'inspire pas non plus celle-là. Elle est étonnée de le voir là, c'est pas son habitude mais... Ou il est p'tetre... Bah on dirait qu'elle est effrayée mais je suis pas sûre qu'elle soit effrayée parce qu'elle à un regard d'effrayée sans y être quoi. C'est peut-être une mauvaise comédienne! (rire).

Procédés du discours : (silence 7 sec) Elle m'inspire pas non plus celle-là. [CI1 ; B21] Elle [CI2] est étonnée [B31] de le voir là [CI2], c'est pas son habitude mais... Ou il est p'tetre... [A31 ; CI3] Bah on dirait qu'elle est effrayée mais je suis pas sûre qu'elle soit effrayée parce qu'elle à un regard d'effrayée sans y être quoi [A31 ; B31 ; A31 ; B31 ; E42]. C'est peut-être une mauvaise comédienne! (rire) [CI2 ; A31 ; CN2- ; CM3]

Problématique de la planche : *Le fantasme de séduction est identifié par Anaïs. La mise en avant des affects témoigne du refoulement des représentations libidinales et du désir, frappés d'interdit. L'anonymat des personnages implique une tentative de mise à distance de la conflictualisation suscitée par la planche. Les défenses s'avèrent néanmoins trop coûteuses puisque l'émergence des processus primaires vient désorganiser le récit. Le conflit pulsionnel entraîne une dérive narcissique avec dévalorisation de l'objet normalement séduit (la femme) et la mise en place de défenses maniaques. Le fantasme de séduction apparaît traité sur un mode narcissique où l'agressivité est retournée contre la femme. L'insistance est portée sur la position active de la femme, ce que l'on peut entendre comme une défense face à une position passive et/ou une séduction incestueuse trop menaçantes (passivation).*

Planche 7GF : J'ai du mal à croire que ce soit la maman. Ça paraît... Le bébé... C'est ses deux enfants quoi ! C'est ouais, c'est maman qui regarde comment sa fille tient son autre enfant quoi, qui regarde son bébé.

Procédés du discours : J'ai du mal à croire que ce soit la maman [A23]. Ça paraît... Le bébé... [CI3] C'est ses deux enfants quoi ! C'est ouais, c'est maman qui regarde comment sa fille tient son autre enfant quoi, qui regarde son bébé [A11 ; CM2 ; E31 ; CI1]

Problématique de la planche : *L'hyper instabilité identificatoire signe la difficulté de renoncer à l'une des positions et donc la confrontation à la perte. Cela entraîne finalement un trouble identitaire. Le rapproché mère-fille vient désorganiser Anaïs en réactivant une problématique*

autour des relations précoces et du « holding ». La référence à ce dernier signe une défaillance, un dysfonctionnement de ce dernier qui trouve sa source dans les relations précoces. Il n'est pas question d'une possibilité identificatoire à la mère.

Planche 9 GF : (silence 7 sec) Je vois pas ce qu'elle fait. Euh y'en a une qui est cachée... C'est pas évident. Ouais y'en a une qui est cachée, qui regarde l'autre courir mais bah alors pourquoi ? Elle doit sûrement... Y'en a une qui court après je ne sais quoi et l'autre qui attend de voir si elle y va ou je ne sais pas quoi mais...

Procédés du discours : (silence 7 sec) Je vois pas ce qu'elle fait [CI1 ; CL2]. Euh y'en a une qui est cachée... [CI2 ; A11] C'est pas évident [CI1 ; B21]. Ouais y'en a une qui est cachée, qui regarde l'autre courir mais bah alors pourquoi ? [CI2 ; A11 ; B21 ; B23] Elle doit sûrement... [CI2] Y'en a une qui court après je ne sais quoi et l'autre qui attend de voir si elle y va ou je ne sais pas quoi mais... [B33 ; B23 ; CI2 ; A11 ; CI2 ; CI1]

Problématique de la planche : *La problématique de la planche renvoyant à la rivalité féminine est impossible à conflictualiser pour Anaïs qui ne semble pouvoir l'aborder que sur un mode spéculaire. Derrière un évitement manifeste de la conflictualité, il est probable ce soit une agressivité plus violente qui se mobilise dans une problématique où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa perte.*

Planche 10 : (silence 7 sec) Ouais c'est pareil ils sont amoureux hein! Ils se font un câlin, ils se réconfortent...

Procédés du discours : (silence 7 sec) Ouais c'est pareil ils sont amoureux hein! [CI2 ; B32] Ils se font un câlin [B32], ils se réconfortent...[CM1+]

Problématique de la planche : *L'on repère la possibilité de lier désir sexuel et tendresse mais la relation est également marquée par le besoin d'étayage mutuel qui signe de nouveau l'existence d'une angoisse de perte et d'une problématique de dépendance anaclitique.*

Planche 11 : C'est une personne qu'il y a là ? (Si vous voulez). Bah ils courent parce que à mon avis il y a un éboulement... Il va lui arriver des bricoles hein! Il doit flipper d'ailleurs, de se faire prendre une pierre sur la tronche. [James se met à pleurer intensément dans ses bras].

Bah oui d'accord le monsieur il est tombé. Y' a des cailloux qui vont lui tomber dessus ! Oh la la il faut qu'il fasse vite ! Bah oui! Oh bah il est malheureux le monsieur ! Bah ouais! Oh bah moi ça m'angoisse quand je vois... Du coup ouais, qu'est-ce qu'il doit être triste en même temps

Procédés du discours : C'est une personne qu'il y a là ? [CM1] (*Si vous voulez*). Bah ils [CI2] courent parce que à mon avis [A31] il y a un éboulement... [CI3] Il [E32] va lui arriver des bricoles hein! [CI2 ; E23] Il doit flipper d'ailleurs [E23], de se faire prendre une pierre sur la tronche [E41 ; E23 ; B24]. [*James se met à pleurer intensément dans ses bras*]. Bah oui d'accord le monsieur il est tombé. Y' a des cailloux qui vont lui tomber dessus [E22 ; B24] ! Oh la la il faut qu'il fasse vite [B24] ! Bah oui! Oh bah il est malheureux le monsieur [E33 ; E23] ! Bah ouais! Oh bah moi ça m'angoisse quand je vois... [E33 ; B21 ; E23 ; CI3] Du coup ouais, qu'est-ce qu'il doit être triste en même temps [B22 ; CI2 ; E42 ; CN1]

Problématique de la planche : *La sollicitation de l'imaginaire maternel renvoie Anaïs à des craintes d'écrasement, de destruction, mortifères et envahissantes puisque désorganisantes. Face à ces angoisses, les mécanismes de défense sont inopérants. Lorsque James se met à pleurer, il nous semble qu'elle identifie le personnage de l'histoire à son bébé auquel elle attribue des affects de tristesse. Il nous semble que James la représente également bébé face à cette planche qui induit des mouvements régressifs. Ces affects renvoient ainsi à la problématique dépressive mise en jeu avec l'imaginaire maternel.*

Planche 13B : Ah bah là il est pensif! Il est en train de penser surement à quelle connerie il va faire ! (rire) Je rigole. Nan, je sais pas. Nan je sais pas du tout. Dans son petit cabanon à la campagne. Y'aurait bien des animaux devant et il est en train de regarder les petits animaux jouer donc euh... Je pense que ouais, il est en train de regarder le monde et il se dit que ouais il va aller se promener par là avec les animaux ! De toute façon, les gosses, les animaux ils adorent donc en général ils peuvent les regarder pendant des heures.

Procédés du discours : Ah bah là il [CI2] est pensif [A24]! Il est en train de penser surement à quelle connerie il va faire ! (rire) Je rigole. Nan, je sais pas. Nan je sais pas du tout [A24 ; E23 ; CM3 ; CM3 ; A32 ; CI1]. Dans son petit cabanon à la campagne [CF1 ; CI2 - Banalisation]. Y'aurait bien des animaux devant et il est en train de regarder les petits animaux jouer donc euh... Je pense que ouais, il est en train de regarder le monde et il se dit que ouais il va aller se

promener par là avec les animaux [CI2] ! De toute façon, les gosses, les animaux ils adorent donc en général ils peuvent les regarder pendant des heures [A13].

***Problématique de la planche :** La problématique de la planche (capacité à être seul) entraîne des défenses maniaques qui signent ainsi la difficulté face à cette problématique et l'impossible conflictualisation du récit. Cela est renforcé par la suite avec le discours banalisé qui signe un déni de la solitude et du contexte dépressif. Cela vient éclairer une impossible élaboration de la position dépressive.*

Planche 13MF : Bon! Donc du coup! Oui bah lui oui il est complètement au bout du rouleau lui à mon avis parce que elle, elle s'est suicidée je pense ! Je sais pas pourquoi mais elle, elle s'est suicidée, c'est obligé ! Il est jeune ! Ah ouais nan mais le pauvre. Et ouais bah du coup ouais, je peux pas dire (rire)

***Procédés du discours :** Bon! Donc du coup! Oui bah lui oui il [CI2] est complètement au bout du rouleau lui à mon avis [A34 ; A31] parce que elle [CI2], elle s'est suicidée je pense [E23 ; A31] ! Je sais pas pourquoi mais elle, elle s'est suicidée, c'est obligé [CI2 ; E23 ; A31] ! Il est jeune [E31 (il-elle)]! Ah ouais nan mais le pauvre [E23 ; CI2]. Et ouais bah tu coup ouais, je peux pas dire (rire) [E42 ; CI1 ; CM3].*

***Problématique de la planche :** L'isolation entre représentation et affect permet d'éviter l'affect dépressif massif en lien avec la perte de l'objet. C'est la pulsion agressive et mortifère, probablement en lien avec la perte d'objet, qui domine et qui entraîne une confusion des identités. La massivité des fantasmes mortifères et de perte d'objet entraîne l'inhibition et la banalisation qui ne permettent pas de conflictualiser le récit ni de lier des affects dépressifs à la représentation de perte.*

Planche 19 : Bah c'est bizarre. Ça me fait penser à un bateau machin sous-marin mais là en même temps ça pourrait me faire penser à, alors je sais pas pourquoi hein parce qu'on voit la mer tout ça, mais à une tombe (rire) avec les trucs machin. C'est à cause du mort de tout à l'heure ça ! Bah oui, on dirait les trucs posés sur la tombe là, avec « je t'aime mon père », machin et tout. C'est vrai on dirait ça. Mais oui on dirait bien un bateau avec le ciel quand même. Le ciel l'eau et le machin et du coup, c'est la tempête quoi ! Bah ça fait quand même penser à la tempête. Dans tous les cas c'est la tempête.

Procédés du discours : Bah c'est bizarre [B21]. Ça me fait penser à un bateau machin sous-marin mais là en même temps ça pourrait me faire penser à [A11 ; E41 ; A31 - Hésitation entre interprétations différentes], alors je sais pas pourquoi hein parce qu'on voit la mer tout ça [CI2 ; A11], mais à une tombe (rire) avec les trucs machin [E23 ; CM3 ; E41]. C'est à cause du mort de tout à l'heure ça [E23]! Bah oui, on dirait les trucs posés sur la tombe là, avec « je t'aime mon père », machin et tout [A11 ; E41]. C'est vrai on dirait ça. Mais oui on dirait bien un bateau avec le ciel quand même [A31 ; A11 ; CL2]. Le ciel, l'eau et le machin et du coup, c'est la tempête quoi [A11 ; CL2 ; E41 ; E23] ! Bah ça fait quand même penser à la tempête. Dans tous les cas c'est la tempête [A11 ; A31 - remâchage ; E23].

Problématique de la planche : *La régression induite par la planche vient désorganiser Anaïs qui est envahie par des projections mortifères parricides. Les défenses par accrochage au percept et à la réalité externe ne permettent une réorganisation que limitée laissant apparaître une porosité des limites entre dedans et dehors et une défaillance de l'objet interne. La planche semble réactiver chez Anaïs une problématique archaïque persécutrice et dépressive.*

Planche 16 : Ça là? (Oui). C'est le rien là? (Oui. Quelle histoire pourriez vous raconter à partir de cette planche ?). Par rapport à quoi ? (Ce que vous voulez). Bah on a envie de dire une page blanche justement ! Une page blanche pour en écrire plein des trucs pour James. On va marquer la vie de James. Le futur, ça me fait penser au futur. Une page blanche, c'est qu'il y a encore plein de trucs à faire et dire. Parce que y'a une période j'aurais dit une page noire. J'étais prête à m'enterrer mais... J'avais même appelé pour savoir combien que c'était pour prendre des caveaux alors que là nan une page blanche. Une page blanche. Ça me va bien une page blanche.

Procédés du discours : Ça là? [CM1] (Oui). C'est le rien là? [CM1 ; CF1] (Oui. Quelle histoire pourriez vous raconter à partir de cette planche ?). Par rapport à quoi ? [CM1 ; CF1] (Ce que vous voulez). Bah on a envie de dire une page blanche justement ! Une page blanche pour en écrire plein des trucs pour James. On va marquer la vie de James. Le futur, ça me fait penser au futur. Une page blanche, c'est qu'il y a encore plein de trucs à faire et dire. Parce que y'a une période j'aurais dit une page noire. J'étais prête à m'enterrer mais... J'avais même appelé pour savoir combien que c'était pour prendre des caveaux alors que là nan une page blanche. Une page blanche. Ça me va bien une page blanche [B21 ; CN2+ ; CL4 ; E23 - ; A24 ; CF1].

Problématique de la planche : L'on repère toujours l'envahissement mortifère massif qui concerne directement Anaïs dans quelque chose de clivé par rapport aux fantasmes concernant son fils dans quelque chose de la réparation. Anaïs se projette plus positivement vers l'avenir. Néanmoins, elle reste accrochée au matériel et au percept (« une page blanche »), ce qui traduit une certaine difficulté à fantasmer sans support et un certain vide interne.

Comptabilité des procédés

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 ++	E11
A12 +	B12 +	CF2	E12
A13 +	B13		E13
A14	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21	B21 +++	CI3	E21
A22	B22 ++		E22 ++
A23 +	B23 ++	CN – Investissement narcissique	E23 +++
A24 +	B23 +	CN1 ++	
		CN2 ++	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3 +	E31 ++
A31 +++	B31 +	CN4	E32 +
A32 +	B32 ++	CN5	E33 +
A33	B33 +		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41
		CL2 +	E42 ++
		CL3	E43 +
		CL4 +	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 ++	
		CM2 +	
		CM3 +++	

1.1.5. Analyse du protocole du TAT d'Anaïs

1.1.5.1. Synthèse des procédés

Anaïs produit un protocole riche avec la présence de procédés rigides, labiles, d'évitement du conflit et ceux qui rendent compte de l'émergence des processus primaires. L'on note ainsi la présence de nombreux procédés de référence à la réalité externe dans le protocole d'Anaïs. Néanmoins, ceux-ci ne soutiennent pas la conflictualisation qui se trouve évitée par le biais de l'inhibition. Le récit reste dans ce cas dominé par le factuel. L'on retrouve d'ailleurs beaucoup de procédés rendant compte du surinvestissement de la réalité externe comme moyen d'éviter le conflit. L'on note néanmoins des possibilités de conflictualisation intrapsychique aux planches 1 et 13B mais sans possibilité d'élaboration ni de dégagement. Anaïs a également beaucoup recours au doute à travers des hésitations entre représentations différentes et à travers des précautions verbales.

Son discours apparaît par ailleurs inscrit dans la labilité et particulièrement la dramatisation avec une prévalence d'exclamations et de commentaires personnels qui rendent compte d'une sensibilité face à la sollicitation latente des planches, d'une tentative de contenir les fantasmes et de les mettre à distance et d'une certaine angoisse également. La présence de procédés de type hystérique rend compte d'une possibilité de mise en relation érotisée. Cela renvoie néanmoins à l'angoisse de perte d'objet aux planches 4 et 10 ou bien à des représentations crues, sous-tendues par l'émergence des processus primaires à la planche 2.

Malgré la présence de ces procédés rigides et labiles, l'on remarque qu'ils ne sont pas toujours opérants dans la mesure où ils servent l'évitement du conflit ou, en tous cas, ne permettent pas la conflictualisation. La défense contre le conflit et la fantasmatisation reste prévalente dans ce protocole avec le surinvestissement de la réalité externe que nous avons déjà évoqué et l'inhibition qui semble plutôt se situer du côté du refoulement face à la fantasmatique des planches que du côté d'une véritable rupture des liens associatifs. L'on note par ailleurs un nombre important de procédés qui rendent compte d'une problématique narcissique chez Anaïs (procédés d'investissement narcissique). Enfin, les procédés antidépressifs sont massivement présents également, à la fois dans une demande d'étayage vis-à-vis de l'objet (planche 1, 10) et dans des défenses maniaques (par exemple à la planche 13B). Cela met en évidence une problématique dépressive majeure chez Anaïs.

Celle-ci s'avère massive au point de venir désorganiser le discours. L'on repère en effet l'émergence des processus primaires à de nombreuses planches (planches 2, 3, 4, 7GF, 11 et 13MF). Il s'agit essentiellement de désorganisations identitaire et logique et d'une altération du

discours sous le poids des fantasmes et des angoisses de perte. La désorganisation sous la massivité des projections a également trait à une imago maternelle destructrice et menaçante.

Les défenses rigides, labiles et l'évitement du conflit s'avèrent ainsi être des défenses coûteuses qui ne tiennent pas toujours.

1.1.5.2. Synthèse des problématiques

La problématique qui prévaut pour Anaïs apparaît être la problématique dépressive de perte d'objet. Elle est présente en filigrane tout au long du protocole. Les affects dépressifs ne peuvent être mis en lien avec la représentation de perte. Ainsi, la problématique de la planche 3 entraîne le recours à l'objet drogue et à ses effets comme évitement, déni de la perte d'objet et de la problématique dépressive. De même à la planche 13B où la reconnaissance de la solitude entraîne des défenses maniaques massives. La problématique de perte de l'objet et de l'amour de l'objet s'avère désorganisante à la planche 4 où Anaïs occupe toutes les places dans une confusion identitaire, et à la planche 13MF dans une représentation mortifère. Cela rend compte d'une défaillance d'élaboration de la problématique dépressive et d'une angoisse de perte d'objet. Les thématiques mortifères dominent également à travers les références au suicide (planche 13MF), et aux enterrements (planches 19 et 16). L'on note par ailleurs une relation de dépendance anaclitique qui transparaît aux planches 1 et 10 dans un appel à l'autre comme étayage face à son immaturité, ou dans un besoin de soutien mutuel au sein du couple.

Il apparaît par ailleurs clairement que la problématique œdipienne n'est pas élaborée par Anaïs dans la mesure où la rivalité ne peut être abordée que sur un mode spéculaire (planche 9GF) et où le renoncement à l'objet œdipien reste impossible (planche 2).

L'on note également une fragilité identitaire à travers l'émergence de procédés primaires en rendant compte (E31). Celle-ci semble s'articuler avec la problématique de perte d'objet non élaborée. La perte d'objet viendrait ainsi mettre à mal Anaïs dans son identité.

Une fragilité narcissique est également repérée au travers des procédés utilisés.

L'imago maternelle apparaît persécutrice (planche 5), destructrice et menaçante (planche 11). La massivité des fantasmes et de l'angoisse associée vient d'ailleurs désorganiser le discours aux planches 11 et 19. Cela s'associe par ailleurs à des angoisses de perte d'objet (planches 11 et 19). Les relations précoces sont marquées par une défaillance du holding

(planche 7GF). Enfin, il n'y a pas de possibilité d'identification à la mère maternelle (planche 7GF).

La planche 16 met en évidence un clivage entre une représentation mortifère d'elle-même et son fils comme réparation

1.1.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs d'Anaïs

Les entretiens cliniques de recherche autant que les tests projectifs mettent en évidence une richesse des procédés défensifs utilisés par Anaïs. L'on note en effet des procédés rigides (intellectualisation et annulation notamment), labiles plus présents aux tests projectifs et l'évitement du conflit (inhibition, anonymat, banalisation et surinvestissement de la réalité externe). Ces derniers s'avèrent plus opérants pour contenir les mouvements fantasmatiques et pulsionnels. Néanmoins, l'émergence des processus primaires reste au premier plan par le biais de représentations et d'affects massifs. Les défenses, quelles qu'elles soient, sont rapidement débordées jusqu'à la désorganisation des repères identitaires, l'altération du discours ou encore l'altération de la perception face à des fantasmes mortifères et des angoisses de perte massives. Malgré tout, Anaïs est en capacité de se reprendre et l'on note des temps de secondarisation. Le clivage bon-mauvais objet est également présent à travers l'idéalisation de son conjoint ou des soignants étayants et la dévalorisation qui la concerne directement. L'objet maternel est dangereux, destructeur et source de fantasmes de persécution, notamment à l'approche de l'accouchement. La projection et l'identification projective sont massivement utilisées par Anaïs, notamment dans la relation à son fils. L'analyse des entretiens met également en évidence le recours important aux procédés antidépressifs à travers notamment la nécessité de s'appuyer sur un objet secourable et la demande d'étayage auprès des soignants autant que de la chercheuse. Cette demande est accentuée avec le devenir mère où l'identification à une « bonne figure maternelle » apparaît clairement absente. Anaïs tente alors de s'appuyer sur les professionnelles. La relation anaclitique domine.

Le test du Rorschach met l'accent sur le recours aux défenses narcissiques et au surinvestissement du monde externe au détriment du monde interne, trop menaçant. Les défenses ne s'avèrent cependant pas opérantes face à l'envahissement pulsionnel qui peut être désorganisant. Les problématiques limites et narcissiques sont au premier plan, associée à une composante dépressive.

Le TAT met en évidence l'évitement majeur du conflit malgré la présence de procédés rigides et labiles. La conflictualisation, lorsqu'elle peut avoir lieu, ne peut trouver de voie d'élaboration et renvoie bien souvent à une problématique de perte d'objet. L'angoisse de perte domine, conduisant à des désorganisations identitaires. L'imaginaire maternel apparaît également destructeur et menaçant pour son identité. L'on retrouve également des thématiques mortifères qui font écho aux angoisses de perte. La question de la mort est très présente dans les entretiens également.

L'angoisse dominante pour Anaïs est clairement celle de la perte. L'on note également une fragilité identitaire moins prégnante et qui se situe plutôt du côté d'une extrême fragilité narcissique.

L'émergence de représentations mentales concernant l'enfant à venir et leurs relations implique la construction d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec l'autre reconnu comme différent de soi (Missonnier, 2004). Néanmoins, les représentations d'Anaïs en tant que mère sont confuses et marquées par la désorganisation, l'émergence de processus primaires face probablement à l'angoisse que cela engendre. De plus, l'ambivalence par rapport au bébé est extrêmement massive avec des mises en acte traduisant le désir de le mettre à mal. Enfin, la problématique toxicomane est présente en filigrane dans tout le premier entretien à travers les angoisses concernant la santé du bébé, sa propre ambivalence face au produit, ou encore en tant que moyen d'identification au fœtus. Plus que la drogue elle-même, c'est son négatif, le manque, qui est abordé. Cette question du manque est prédominante dans l'ensemble des thèmes abordés.

Les sensations qui découlent des mouvements fœtaux entraînent des angoisses d'effraction qui renforcent une image négative du fœtus. Anaïs fait d'ailleurs état de consommations d'héroïne aux premier et second trimestres de la grossesse. Ce recours au produit signe une tentative de barrage face aux mouvements pulsionnels, conflits et reviviscence induits par la grossesse et qui s'avèrent donc menaçants pour l'intégrité identitaire d'Anaïs. Elles traduisent également l'ambivalence à l'égard du fœtus et la reconnaissance de son altérité qui a pu venir mettre à mal sa propre identité. Celui-ci est tour à tour investi comme réparateur et comme menace pour Anaïs, représentant de l'imaginaire maternel destructrice et violente. Néanmoins, ce dernier est également investi positivement, voire même idéalement, et représenté comme un être d'altérité. Les mouvements fœtaux ont progressivement occupé une fonction de réassurance concernant son état de santé. Cela implique un certain réaménagement narcissico-objet, favorisé par l'état de grossesse. Le fait qu'Anaïs ait repris de l'héroïne

pendant la grossesse laisse penser que le fœtus n'a pas entraîné un renflouage narcissique suffisant et qu'il n'est pas venu remplacer l'objet drogue. Les consommations ont pu permettre de gérer la distance entre elle et l'autre en soi. Le traitement de substitution, de même que la première grossesse et les réaménagements objectaux probablement en jeu à cette époque, ont pu favoriser l'intégration progressive de cette grossesse. Néanmoins, l'espace psychique maternel reste envahi, pendant la grossesse, par la problématique de dépendance et par une angoisse de perte massive.

La séparation avec sa propre mère reste non élaborée avec des représentations à la fois dévalorisées, abandonniques et idéalisées. Leur relation est marquée par le « trop » dans la fusion, l'intrusion et le « vide » (absence, inversion des rôles, rejet). Le désir de réparation à travers son fils est présent. De même que celui de différenciation par rapport à sa mère.

L'accouchement est venu réactiver des fantasmes mortifères mettant en jeu l'intégrité corporelle d'Anaïs. Les fantasmes persécuteurs portés par un mauvais objet maternel étaient également au premier plan.

Les problèmes de santé du bébé à la naissance ainsi que le syndrome de sevrage néonatal ont entraîné une culpabilité massive et accentué la représentation d'Anaïs en tant que « mauvaise mère » pour son enfant, traduisant également sa propre ambivalence à l'égard de cet enfant. La séparation à la naissance et le SSNN participent également à des représentations plus négatives du bébé et à des difficultés dans les interactions précoces, accentuées par les craintes et représentations négatives d'Anaïs en tant que mère.

Les problématiques mortifères de maladie, de mort et surtout de perte, dominantes pendant la grossesse, sont massivement présentes dans la relation au bébé. En effet, il occupe la fonction de réceptacle de ces problématiques, projetées par Anaïs. Les troubles du sommeil du bébé notamment rendent compte de la matérialisation de ses conflits. Il apparaît nettement l'incapacité d'Anaïs d'occuper une fonction pare-excitante et contenante fonctionnelle. Elle ne peut désinvestir son fils ni l'état de veille puisque cela la renvoie à une perte irrémédiable. Le bébé est alors en proie à une incapacité à gérer ses propres mouvements pulsionnels que l'on repère notamment à travers le développement de procédés autocalmants. Il ne peut non plus désinvestir sa mère. Anaïs ne peut laisser son enfant manquer en écho avec sa propre incapacité à manquer. La représentation qui en découle est alors celle d'un bébé vampirique et tyrannique qui comble un vide mais ne remplit pas les attentes narcissiques de sa mère. Les reprises de consommations d'héroïne après les quatre mois du bébé peuvent alors occuper une fonction de soutien pour Anaïs dans son rôle de mère, face à l'autonomisation de son fils mais surtout face

aux difficultés dans la relation mère-bébé et la reviviscence de ses problématiques infantiles. Celles-ci ne semblent alors pas en voie d'élaboration.

Malgré tout, l'étayage apporté par son conjoint et par les professionnelles semble participer à certains réaménagements et notamment la possibilité pour Anaïs de confier son enfant à la crèche. De plus, malgré une relation mère-enfant marquée par la dépendance, le père du bébé semble occuper une position tierce. Enfin, le développement du bébé reste rassurant au niveau psychomoteur et langagier.

Plus que la drogue en elle-même, ce sont les problématiques sous-jacentes à la problématique toxicomane (perte d'objet notamment) qui viennent perturber les relations mère-enfant à travers les projections massives des conflits psychiques d'Anaïs sur son fils.

1.2. JULIETTE

1.2.1. Analyse clinique des entretiens de recherche de Juliette

1.2.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 de Juliette

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Juliette est une jeune femme âgée de **21 ans** lors de notre première rencontre. Elle est enceinte de 34 semaines (début du huitième mois) d'une **petite fille**. Elle **vit avec le père** de cette enfant à naître, **également consommateur**, et avec qui elle a déjà un **fil de deux ans et demi**. Juliette est sous **traitement de substitution aux opiacés** mais **consomme occasionnellement de l'héroïne avant et pendant sa grossesse**. Elle fume également du **tabac** mais **a arrêté le cannabis**.

C'est une jeune femme petite et menue, très souriante. Son ventre arrondi est tout à fait visible, mis en valeur par des vêtements de grossesse roses et blancs. Elle nous apparaît tout de suite sympathique. Juliette va se montrer très curieuse quant à la recherche que nous menons, ses objectifs, l'origine de notre désir de travailler sur cette question, si nous avons rencontrée d'autres mamans toxicomanes ou substituées, notre cursus universitaire, etc. Elle nous place d'emblée à la place de « celle qui sait », et un modèle à suivre puisque nous avons « brillamment réussi ». Cela est probablement favorisé par notre âge, proche du sien. Cela dans une tentative de séduction et de réassurance.

HISTOIRE DE VIE ET DEBUT DES CONSOMMATIONS

L'enfance et surtout l'adolescence de Juliette sont marquées par des figures parentales interdictrices, garantes de limites, sans que cela soit étayant pour Juliette. Elle évoque une période où ses parents lui ont « lâché la bride » suite au décès de sa nièce. Elle fait le lien avec le début des « conneries », autrement dit des conduites à risques. Peut-on faire le lien entre « conneries », consommations et le décès de sa nièce difficile à élaborer tant pour elle que pour la famille ? Ou bien avec le fait que ses parents ont « lâché la bride » à une période particulièrement charnière dans la construction de soi ? S'est-elle sentie désinvestie au profit de sa nièce décédée ? Après la connaissance de sa toxicomanie, ses parents ont de nouveau « serré la vis », ce qui a, selon Juliette « empiré les choses parce que du fait qu'ils m'interdisent tout comme ça, j'sortais la nuit et justement la nuit, bah les rencontres elles sont encore pires et c'est là que... (...) 'fin je consommait déjà mais j'ai fait plus de conneries ». Il pouvait ainsi s'agir d'une tentative d'autonomisation face à un cadre trop rigide.

Par ailleurs, le climat familial était marqué par la violence d'un père devenu alcoolique, le dénigrement et un climat incestuel. Juliette évoque sa « *peur de devenir ado parce que mon père il tapait mon frère. Mais quand je dis il tapait mon frère, il le défonçait (...) J'avais vraiment peur de devenir ado, que ça m'arrive à moi. Parce que dès que mon frère est devenu ado...* ». Grandir signifiait pour elle « *se faire défoncer* », et potentiellement mourir. Par ailleurs, cela nous renvoie également à un rapproché incestuel potentiel puisque la violence physique peut venir signifier le rapproché sexuel (avec son fils également par ailleurs). Le terme « *se faire défoncer* » peut également avoir une connotation sexuelle agressive. Grandir pouvait alors signifier pour Juliette la réalisation potentielle, dans la réalité et non plus en fantasme, du fantasme incestueux Œdipien. A l'adolescence, elle n'a pas été victime directe de cette violence de la part de son père bien qu'elle se soit pris « *des torgnoles* ». En revanche, il était « *méchant* » au niveau des paroles. Le climat incestuel entre père et fille se retrouve par ailleurs dans les expressions verbales sont extrêmement crues, à thématiques sexuelles et agressives. Notamment lorsqu'à 10 ans il lui avait dit : « *un voleur* (son frère avait volé plus jeune), *un drogué* (son frère toxicomane) *et une pute* ». La représentation de son père est dévalorisée, celle d'un père violent et alcoolique, dénigrant. L'ensemble du discours concernant son père et son enfance/adolescence est particulièrement cru avec beaucoup d'insultes, sans filtre aucun. Nous ne pouvons que faire le lien entre le fait qu'elle « *déteste* » l'alcool et les alcooliques et l'alcoolisme de son père.

Quant à sa mère, elle décrit une relation « *complice* », « *de copine* » où sa mère cachait les choses au père de Juliette pour la « *défendre* ». Finalement Juliette nous dépeint le portrait d' « *une bonne maman, qui tient à ses enfants et qui a fait ce qu'elle peut en fait, avec les pouvoirs qu'elle a* ». Le conflit entre une remise en question de sa mère par rapport à son frère et la représentation d'une « *bonne mère* » se solde par l'attribution à son père de tous les torts et toutes les caractéristiques négatives, voire persécuteur. Elle tente ainsi de mettre à distance une représentation négative de sa mère. Sa mère représente néanmoins un étayage et un soutien manifeste pour Juliette et semble représenter à la fois une figure maternelle « *suffisamment bonne* » et « *suffisamment faible ou vulnérable* » à laquelle s'identifier pour devenir mère.

Les consommations et les conduites à risque pouvaient traduire une tentative de mise à distance des fantasmes excitants et trop présents dans la réalité de par le climat incestuel qui régnait. Cela a pu renforcer l'angoisse et la difficulté à gérer les pulsions et les conflits psychiques de Juliette, ne trouvant pas de cadre contenant. C'est aussi la difficulté à se séparer qui semble être en jeu chez elle. En effet, un autre passage à l'acte, une fugue, a entraîné un placement en foyer. Cela a pu acter dans la réalité une séparation impossible psychologiquement.

C'est également à cette période que Juliette tombe enceinte pour la première fois. Cette première grossesse pourrait également traduire une forme de passage à l'acte signant l'impossible élaboration des conflits sexuels et parentaux et la tentative d'échapper à la mère, de se séparer en devenant comme elle. Par ailleurs, cette première grossesse peut également traduire la réalisation d'un fantasme incestueux avec fuite par rapport à la dépendance infantile et rivalité exacerbée par rapport à la mère. Enfin, cette grossesse pouvait également traduire un besoin de réparation narcissique avec tentative de retrouver la mère des débuts, de restaurer la relation à la mère. Il s'agissait de pouvoir se séparer pour se retrouver. Les relations mère-fille se sont en effet améliorées avec cette grossesse.

Le fait que cette grossesse n'ait pu être menée à terme du fait de malformations a représenté une attaque narcissique pour Juliette. Elle a pu également acter dans la réalité la toute-puissance de la mère et ses représailles face à la réalisation incestueuse de sa fille. Cela signifierait également l'impossibilité de se séparer de la mère qui reste toute-puissante et détentrice du pouvoir de donner la vie. Cela est également venu mettre en exergue les fantasmes de castration et de destruction de l'intérieur du corps. Les deux fausses couches qui ont suivi renvoient probablement à des infertilités secondaires impliquant alors la crainte de la répétition de la perte de l'enfant. L'angoisse de perte de l'enfant est d'ailleurs encore présente aujourd'hui.

Le foyer représente un objet d'étayage important pour Juliette et très investi. Elle va ainsi poser en complète opposition, dans une forme de clivage, le foyer à la campagne qui représente les parents de Juliette. La vie à la campagne est marquée par le début des consommations et par des représentations négatives massives.

Juliette évoque également un besoin de reconnaissance, de « *se sentir importante* » présent au moins depuis le collège et qui semble perdurer à travers la sensibilité au regard que l'autre porte sur elle. D'après elle, c'est ce qui a fait qu'elle ait été attirée par les gens qui fumaient le shit ou la cigarette : « *on était grande en fait* ». Au collège, elle se décrit comme faisant partie de ceux qui aimaient « *faire des conneries pour [se] faire remarquer* ». Il en ressort un besoin d'être au centre de l'attention, une manière d'exister peut-être à l'adolescence. La question de l'appartenance à un groupe est également centrale pour Juliette. Elle fait le lien entre ces comportements et le fait qu'elle ait pris de l'héroïne. Cela nous renvoie aux théories relatives à l'adolescence et aux remaniements narcissico-objectaux et identificatoires que cette période implique, et plus particulièrement dans ce cas, à ces écueils avec l'impossibilité de se détacher des figures parentales. Les premières consommations et le début de la dépendance aux toxiques semblent s'articuler avec la recherche d'une figure paternelle incestuelle : « J'dirais un macro de l'héroïne, j'sais pas comment on peut dire, comment j'peux l'appeler. Mais en gros il

ramassait les jeunes parce que c'était un délire quoi. Et pourtant il avait une quarantaine d'années, et il ramassait tous les jeunes du coin et il donnait au début en fait. ». Les adultes du foyer ont pu occuper la fonction de support identificatoire et assurer la continuité de l'expérience pour Juliette face à une adolescence marquée par l'effraction pubertaire et la discontinuité. Ses parents n'ont sembler-il pas pu occuper cette fonction étayante. Le contexte incestueux potentiellement réalisable avec l'avènement de la puberté y a probablement joué un rôle majeur. Les « conneries » et les conduites toxicomaniaques traduisent une tentative de réponse au vécu de dépendance insupportable. Les relations actuelles de Juliette avec ses parents restent marquées par une grande dépendance affective.

VECU DE LA GROSSESSE

Malgré notre étayage, la grossesse actuelle et son vécu, ainsi que le bébé qu'elle attend, sont peu abordés au regard des autres thèmes telles les consommations ou l'histoire de Juliette. Elle ne peut aborder la grossesse actuelle ou sa fille sans faire référence à celle de son fils ou à celui-ci, souvent dans une opposition où son fils fait l'objet de représentations idéalisées. L'histoire de son fils et de cette précédente grossesse occupent finalement plus l'entretien que sa grossesse actuelle. Nous serons happées par ce fonctionnement, nous rendant compte après-coup de notre difficulté, au cours de l'entretien, à penser et à questionner cette grossesse, probablement en miroir de ce que vit Juliette.

Désir d'enfant et ambivalence concernant les mouvements fœtaux

Nous apprenons néanmoins que cette grossesse était désirée même si Juliette aurait souhaité qu'elle se présente plus tard. Les mouvements fœtaux ont été identifiés autour du 4^{ème} mois de grossesse, bien qu'elle ait ressenti « *les petites bulles* » avant cela. Bien que ces perceptions soient associées à des affects positifs forts, elle évoque le fait que « *ça se déforme, ça fait trop bizarre* ». Elle passe beaucoup de temps à regarder son ventre et « *l'alien* », peut-être dans une tentative de s'approprier, de pouvoir intégrer son vécu et ces sensations et perceptions. Le vécu intrusif par l'autre en soi est manifeste sans pour autant représenter une menace. La « sensation d'inquiétante étrangeté » (Bydlowski, 2000) est au premier plan. Elle se sent habitée par un autre différent auquel elle ne peut s'identifier et qui vient perturber son image corporelle et les limites.

Des antécédents traumatiques de grossesse sources d'angoisses massives et omniprésentes pendant les grossesses suivantes

Les mouvements fœtaux ont cependant également vocation de réassurance en comparaison de la grossesse de son fils, où ce dernier ne bougeait que très peu, source d'angoisse. Cette différence est attribuée essentiellement aux consommations massives pendant la grossesse de son fils dont Juliette craignait les conséquences : « *inconsciemment et consciemment, j'dirais que j'savais que ça [ses consommations d'héroïne pendant la grossesse] pouvait faire quelque chose en fait. J'me disais que non mais j'pense que ... Je savais pas parce que apparemment peut pas y avoir de souci, il peut pas être trisomique ou quoi que ce soit, hein, mais j'avais peur de choses comme ça ou ...* ». Deux problématiques semblent ici en jeu.

En effet, les angoisses d'un enfant « *pas normal, retardé* » font clairement écho aux anomalies chromosomiques repérées lors de la première grossesse qui ont conduit à l'Interruption médicale de grossesse (IMG) (Squires, 2004). La massivité des représentations associées et les angoisses majorées mettent en évidence le traumatisme non élaboré que représente encore aujourd'hui cette IMG. La recrudescence des consommations lorsqu'elle attendait son fils a pu alors avoir pour fonction de juguler l'angoisse. Par ailleurs, ces consommations peuvent également traduire l'effraction par les mouvements pulsionnels remis en jeu par les remaniements psychiques propres à la grossesse (Cohen-Salmon & al. 2011). Cela traduirait ainsi selon nous à la fois l'effraction traumatique mais également une tentative de figuration, dans la lignée des théories de Sinanian & al. (2014). Par ailleurs, ses angoisses sont à la hauteur des vœux de mort inconscients en jeu dans toute grossesse qui peuvent avoir été incarnés dans la réalité avec l'IMG. L'augmentation des consommations peut ainsi traduire cette haine inconsciente autant qu'une tentative de se défendre contre l'angoisse qu'elle induit. Par ailleurs, les antécédents d'IMG puis de fausses couches (deux) peuvent renvoyer aux fantasmes d'une mère œdipienne et préœdipienne vengeresse et/ou à la culpabilité associée (Squires, 2004). Ces fantasmes peuvent être remis en jeu lors des grossesses suivantes. Aussi, la nouvelle grossesse (actuelle) vient remettre en jeu ces représentations et angoisses d'un bébé malade, malformé (Squires, 2004). L'on note d'ailleurs des consommations occasionnelles d'héroïne mais beaucoup moins massives que pour la grossesse de son fils. L'on peut ainsi penser que la grossesse précédente, pour son fils, a favorisé une tentative d'élaboration de certaines problématiques et une meilleure intégration des mouvements pulsionnels qui apparaissent ainsi moins effractants et moins menaçants pour Juliette.

Le traumatisme des premières grossesses non menées à terme apparaît toujours au premier plan puisque Juliette associe bébé de sexe féminin et mort : « *j'aurais pas de petite fille vu qu'à l'IMG il manquait un chromosome X (...) Et j'ai fait deux fausses couches après mon IMG et j'me suis dit « c'est des filles »* ». Son frère a également perdu une petite fille. L'on peut raisonnablement penser que le peu d'investissement de l'actuelle grossesse et de sa fille pourrait être lié, en partie, à ces angoisses de la perte d'un nouveau bébé (Squires, 2004). Cet investissement plus tardif, à visée de protection si jamais une anomalie était détectée entraînant potentiellement le recours à une IMG, est quelque chose que l'on repère dans notre clinique en maternité chez la plupart des femmes enceintes ayant vécu une IMG ou des fausses couches répétées. Les inquiétudes majorées concernant l'intégrité physique et la bonne santé du bébé sont également très régulièrement notées dans notre clinique auprès des femmes ayant connu une IMG.

Le souvenir traumatique de l'IMG vient également envahir les représentations concernant l'accouchement. En effet, Juliette a dû accoucher par césarienne pour son fils et c'est également ce qui est prévu pour l'accouchement de sa fille. Elle verbalise le fait qu'accoucher par césarienne est un « *échec de pas être capable de mettre un enfant au monde, de me dire que le seul bébé que j'aurai mis au monde par voie naturelle c'est un bébé mort, de l'IMG* ». Son corps est ainsi pensé comme pouvant être destructeur et porteur de mort (Squires, 2004, 2017). La massivité de la projection est venue effracter le pare-excitation de Juliette, entraînant des consommations massives lorsqu'elle attendait son fils pour tenter de la juguler ou la supprimer. L'effraction liée à la nouvelle de la césarienne pourrait également être mise en lien avec le fait que Juliette n'avait absolument pas pensé à cette éventualité. Les consommations massives à l'annonce de la césarienne sont également liées aux fantasmes crus d'intrusion, de pénétration du corps voire de destruction : « *parce qu'on se fait quand même ouvrir le bide* ». Il pourrait s'agir des représailles de la mère précœdipienne face au vol de ses contenus par sa fille. L'annonce de l'accouchement a également pu faire effraction dans la mesure où il est venu mettre fin à la plénitude narcissique de la grossesse et a impliqué la question de la perte de l'enfant. Cette appréhension de la perte a pu alors entraîner une reprise des consommations pour combler le manque à venir, par anticipation. Enfin, Juliette ne voulait pas accoucher car elle n'était pas sûre de pouvoir s'en occuper. Elle avait en effet peur de reprendre des consommations qui l'empêcheraient de s'occuper de son fils : « *j'avais peur que j'arrive pas à me lever, que j'ai trop la flemme due à toute cette merde* ». Cela pourrait expliquer pourquoi l'annonce d'une césarienne pour l'accouchement de sa fille semble beaucoup moins

effractante et simplement décevante. Juliette a en effet déjà expérimenté la maternité et a réduit ses consommations, se décrivant comme plus stable et plus mature.

L'accouchement par césarienne reste cependant très angoissant. Elle insiste longuement sur son désir d'avoir une anesthésie générale pour l'opération en lien avec ses fantasmes d'intrusion destructrice du corps. La césarienne met également la passivité en jeu. Juliette sollicite alors une passivité encore plus grande. Il s'agit cependant de ne plus être consciente de la réalité.

La décision des césariennes pour les deux accouchements découle d'un placement en siège des bébés. L'on peut alors se demander si le placement en siège de ces deux enfants n'est pas une tentative de les « retenir » en elle, pour éviter la séparation mais également face à l'angoisse de mort qu'engendre une représentation mortifère et traumatique du premier accouchement. Le fait que ces deux enfants soient ou aient été en siège laisse penser à une difficulté d'intégrer l'expérience du devenir mère et de l'accouchement (Bergeret-Amselek (1996).

Représentations et investissement de l'enfant à naître

Juliette évoque des désirs quant aux caractéristiques physiques et morales de sa fille. Une relation existe également déjà entre mère et fille puisque Juliette lui parle, chante et lui fait écouter des berceuses. Néanmoins, cela aboutit quasi immédiatement à une comparaison et à une description de son fils. Nous sommes nous-mêmes happées par la place qu'il occupe dans la pensée de Juliette puisque nous l'interrogeons sur les traits de caractère qu'elle souhaiterait qu'IL ait ou qu'IL n'ait pas, alors que nous souhaitons l'interroger sur sa fille. Il nous semble ainsi que cette petite fille à naître n'a pas encore de place en tant qu'individu pensé et anticipé avec ses désirs et sa personnalité propre. De plus, malgré la relation et des désirs, l'investissement symbolique de sa fille reste limité dans la mesure où elle n'a pas encore de prénom. La difficulté à anticiper ou créer le bébé à venir pourrait être liée au traumatisme engendré par le premier accouchement ou l'accouchement précédent (Riazuelo, 2004). Par ailleurs, les deuxièmepares communiquent moins avec le bébé que lors de la grossesse du premier. Elles investissent ce second enfant plus tard que le premier et certaines auraient besoin de comparer le nouvel enfant à leur premier pour pouvoir investir l'enfant à naître. Elles s'appuient sur les représentations qu'elles ont du premier enfant pour progressivement créer celles concernant le nouvel enfant. La difficulté à penser ce dernier serait d'autant plus importante que le premier enfant répond aux désirs maternels. Le premier enfant devient un « bébé écran » (Riazuelo, 2004 : 156). Cela pourrait expliquer la comparaison permanente de

sa fille à son fils. Néanmoins, Juliette est enceinte de presque huit mois. Sa fille devrait alors pouvoir être pensée dans son individualité. Au regard de la nécessité pour Juliette de s'appuyer sur le monde extérieur et la réalité extérieure, l'on peut se demander si la référence permanente à son fils n'occupe pas justement cette place de référence extérieure sur laquelle elle peut s'étayer pour construire la relation avec sa fille. Ne disposant pas des modèles intériorisés suffisamment stables de ce qu'est une mère, elle se sert de son expérience avec son fils pour soutenir sa nouvelle maternité.

Les représentations concernant l'avenir de ses enfants sont exclusivement négatives, avec une massivité de la projection et des représentations crues à thématiques sexuelles et agressives. En effet, elle évoque sa crainte que son fils « *devienne comme les jeunes du quartier. Qu'à 12 ans il donne du « nique ta mère » et tout ce qu'on veut bien* ». Le fantasme de relation incestueuse mère-fils est au premier plan, probablement en écho de la relation incestuelle avec son propre père. Concernant sa fille, « *j'ai peur que ça devienne une gamine de 13 ans qui aille dans les caves et puis qui se fasse tourner, comme on peut voir* ». Nous faisons le lien avec les paroles de son père la concernant lorsqu'elle avait 10 ans : « *une pute* ». Nous notons d'ailleurs une excitation certaine lorsqu'elle évoque des fantasmes sexuels crus où l'acte sexuel est renvoyé à quelque chose de sale (« *crasse* ») et associé à de l'exhibitionnisme.

Les changements que vont apporter la naissance de sa fille se résument à la relation de Juliette avec son fils en terme d'angoisse de perte d'objet et surtout d'angoisse de perte de l'amour de l'objet. Son fils est en effet représenté comme celui qui a changé sa vie notamment face à ses consommations. L'on peut noter que ce n'est qu'à la naissance de ce dernier que les changements se sont opérés. Le fait qu'il y ait toujours des consommations régulières nous laisse penser que son fils n'a cependant pas remplacé l'« objet-drogue » ou bien qu'il a échoué dans cette fonction, ce qui explique une reprise des consommations après l'allaitement.

Les craintes de Juliette sont associées à la « *peur de moins aimer [sa] fille du coup, pour pouvoir laisser plus d'amour à [son] fils* », comme une compensation. Cette crainte de ne pas pouvoir aimer ses deux enfants ou que son fils soit jaloux de sa fille apparaît chez d'autres femmes attendant leur deuxième enfant dans notre clinique en maternité. Cela est très souvent dans une projection de leur propre vécu, de leur place dans leur propre famille et d'un sentiment de manque affectif de la part d'un des parents qui « *préférerait* » le frère ou la sœur. Son fils est également surinvesti au regard du traumatisme des grossesses précédentes non menées à terme. Se surinvestissement peut-il aussi relever de la culpabilité de Juliette d'avoir consommé

pendant sa précédente grossesse alors qu'elle a pris soin d'elle pour la grossesse actuelle ? Par ailleurs, son fils a été placé pendant trois semaines en pouponnière suite à des suspicions de violences conjugales. L'on peut penser que sa peur d'aimer moins sa fille que son fils peut être également liée à un sentiment inconscient de culpabilité lié à la séparation récente avec son fils, d'autant que Juliette était enceinte à cette époque bien qu'elle ne le sût pas encore. La difficulté à investir la grossesse actuelle, connue au bout de deux mois ou deux mois et demi (après l'épisode de la pouponnière) peut avoir été favorisée par cet événement.

PERE DU BEBE

Le père du bébé semble beaucoup moins investi dans la grossesse actuelle que dans celle de leur fils. La représentation est donc plus négative. Riazualo (2004) note que la majorité des femmes enceintes du deuxième (ou plus) enfant évoque le fait que leur compagnon est beaucoup moins impliqué que lors de la première, comme si la femme était « rodée » de par sa première expérience de grossesse, comme étant capable de se débrouiller seule avec ses inquiétudes. C'est aussi quelque chose que nous avons pu noter dans le discours de nos patientes en maternité. Par ailleurs, l'arrêt des relations sexuelles pendant la grossesse est vécu comme un rejet de la part de son conjoint. Son conjoint représente néanmoins un étayage pour elle pendant la grossesse et en tant que père. Cette représentation positive est cependant remise en question en lien avec ses consommations de drogues. En effet, il est sous traitement de substitution aux opiacés mais consomme également de l'héroïne « à côté », ce qui a engendré plusieurs comportements perçus très négativement par Juliette (utilisation de l'argent de naissance de leur fils pour acheter sa drogue, consommations devant Juliette encore très ambivalente et fragile à l'égard des produits, consommations à la maternité) bien qu'elle tente de minimiser et de rationaliser pour maintenir une représentation idéale de son conjoint. Son conjoint n'est probablement pas dans le même processus de changement et d'investissement de sa parentalité qu'elle-même. D'autant que celui-ci semble moins investi pour cette grossesse et que, dans le discours de Juliette, il n'apparaît jamais en lien avec l'arrivée de la petite.

PLACE DES CONSOMMATIONS PENDANT LES GROSSESSES

La question des consommations occupe une grande partie de l'entretien. Le conflit psychique qui se joue entre un désir d'arrêter les consommations et une envie toujours extrêmement présente de consommer est manifeste. Cela en plus de son traitement de substitution aux opiacés.

Juliette oppose d'emblée sa grossesse actuelle à celle de son fils dans sa relation à la drogue. Cela lui permet de se valoriser et de minimiser ses consommations qui sont néanmoins toujours présentes pendant cette grossesse mais en quantité moindre par rapport à celle de son fils. Concernant la grossesse actuelle, Juliette dit la vivre « *carrément plus sereinement* » et « *à fond* » puisqu'elle n'est pas toujours à la recherche d'héroïne pour ne pas se retrouver en manque. Elle peut s'investir dans sa grossesse.

Il semble que la modification de son comportement se soit jouée à la naissance de son fils, lorsqu'il a fait un syndrome de sevrage ayant nécessité une hospitalisation de trois semaines en Unité Kangourou. Le discours est d'ailleurs désorganisé, désaffecté, factuel et descriptif pour se protéger d'un vécu trop désorganisant. Son discours laisse un sentiment de quelque chose de « plaqué ». C'est finalement dans le but d'allaiter, « *quelque chose de magique* », que Juliette a décidé d'arrêter les consommations de drogue et de ne plus avoir recours qu'au traitement de substitution. La crainte sous-jacente était celle d'un second syndrome de sevrage de son enfant à l'arrêt de l'allaitement. La relation fusionnelle favorisée par l'allaitement, le renflouage narcissique qu'il peut impliquer, auraient-ils permis de laisser de côté les consommations ?

Le fait d'avoir un enfant et les responsabilités que cela implique : « *on a besoin d'argent* », « *il n'y a plus que l'amusement* », ont également entraîné une réduction massive des consommations ainsi qu'un changement du mode de vie. Juliette a coupé les ponts avec ses anciennes relations et souhaitait se centrer sur son fils, « *j'avais envie de faire plein de choses pour mon fils* ». Celui-ci semble représenter une issue, une possibilité d'investir une autre façon de vivre.

Juliette exprime cependant clairement des envies ponctuelles de consommer mais les différencie de consommations régulières, incompatibles avec le fait de s'occuper d'un enfant. Néanmoins, son discours est marqué par l'ambivalence et la minimisation des effets de ses consommations. Le besoin de consommer semblait irrépressible : « *je le faisais quand même, c'était plus fort que moi* » mais source d'un fort sentiment de culpabilité à l'égard de son fils ainsi que de déception face à des effets moindres que ceux recherchés : « *ça me mettait bien, ça me mettais HS en fait. Mais au bout d'un moment ça fait plus rien* ». Le conflit intrapsychique est massif : « *avant d'aller chercher l'argent à la banque jusqu'à aller chercher le truc et bah j'culpabilisais déjà et encore plus après en fait, je me disais « mais qu'est ce que je suis con, pour cette merde », parce qu'en plus on se retrouve avec une merde comme ça. Et m'dire c'est 40 ou 60 euros et... et encore j'dis 40 ou 60 euros, c'était rien comparé à avant mais là, aujourd'hui où j'ai besoin de mon argent, où j'ai envie de faire plaisir à mon enfant heu avant*

tout, et bah je culpabilisais carrément quoi. De me dire « c'est trop nul » et de... et encore plus après, et encore plus quand c'était fini donc c'était encore pire. J'me dis « mais tout ça pour ça heu ». Et finalement la plupart du temps j'pensais qu'ça allait m'faire qlc parce que ça faisait 2 ou 3 mois que j'avais pas consommé. En général c'est très très léger quoi. »

Juliette souhaite diminuer son traitement de substitution après l'accouchement qu'elle trouve actuellement trop important, mais cela est lié à sa grossesse et elle le sait. Le désir d'arrêter les consommations n'est cependant pas d'actualité puisque, de nouveau, l'on repère une ambivalence entre un désir à consommer de nouveau après le sevrage de sa fille et le fait de ne pas reprendre des produits : *« Après honnêtement j'pense qu'après que j'ai accouché, ou peut-être pas du tout hein, mais j'pense que, bah p't'être que, quand j'aurais arrêté d'allaiter bien évidemment, ou, je sais pas, p't'être pas, ou je prendrai 2 grammes puisque j'aurai accouché et qu'j'aurai plus le bébé dans le ventre. Mais après p't'être pas hein. J'dis ça mais j'en ai pas, là tout de suite j'en ai pas spécialement envie. J'ai pas, j'ai pas d'envies. Après p't'être que j'le ferai pas ou je sais pas. »* Cette ambivalence extrême semble également présente quand elle évoque la possibilité de consommer avant l'accouchement. Nous repérons par ailleurs un déni des conséquences de l'héroïne sur le bébé puisqu'elle nous explique que c'est surtout ce avec quoi est coupée l'héroïne qui est délétère pour la santé du bébé et parle de *« 2 ou 3 malheureux grammes »*. Il n'y a pas de remise en question vis-à-vis des consommations.

Cependant, le besoin de consommer est largement moins présent lors de cette grossesse-ci. Cela pourrait traduire un réaménagement narcissico-objectal qui a dû attendre la cinquième grossesse pour être élaboré. La première grossesse non menée à terme et la grossesse de son fils ont très probablement permis des réélaborations narcissico-objectales ayant elles-mêmes permises les réaménagements narcissico-objectaux repérés au cours de la grossesse actuelle (réduction des consommations, investissement de sa fille, ...). Nous repérons néanmoins un déplacement de la dépendance, des consommations, de la toxicomanie vers la nourriture. Ni le bébé ni la grossesse ne sont alors venus remplacer l'objet-drogue puisqu'il y a déplacement sur la nourriture. Ainsi, la question du « manque » reste non élaborée. Malgré tout, ce déplacement pourrait rendre compte d'une évolution dans la modalité d'incorporation soulignant de potentiels remaniements psychiques autour de la question de la perte.

1.2.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Juliette

CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE

Nous rencontrons Juliette pour la seconde fois, accompagnée d'Adèle, sa fille de quatre mois. Nous les rencontrons dans le même lieu que la première fois. Juliette a changé depuis la première fois que nous l'avons vue. Elle a pris un peu de poids, elle qui était, malgré son ventre arrondi de sept mois de grossesse, mince. Elle n'a plus un ventre de femme enceinte. Elle est toujours très souriante et semble ravie de nous revoir et de nous présenter sa fille. Elle nous la confiera à un moment de l'entretien pour pouvoir se désaltérer et préparer le change. Ce que nous prenons pour une marque de confiance. Au cours de l'entretien, Juliette va régulièrement parler à sa fille en la regardant. Néanmoins, nous ressentons un sentiment de malaise face d'abord au comportement « amorphe » d'Adèle tout au long de l'entretien. Elle passera les trois quarts de la rencontre au sein de sa mère qui le lui (re)donne « d'office », sans demande. Enfin, nous sommes surprises de l'absence totale de réaction d'Adèle lorsque sa mère va nous la poser dans les bras pour préparer le change. Adèle ne bouge pas, ne remue pas ni ne pleure.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous retrouvons Juliette à son domicile pour notre dernier entretien. Juliette a déménagé depuis notre dernière rencontre et, sans moyen de transport, il lui était trop compliqué de se déplacer jusqu'à la maternité. A notre arrivée, c'est son (ex ?)conjoint qui nous ouvre la porte et repart directement à ses occupations. Nous sommes donc accueillies par son fils aîné, Léo, et Adèle qui nous saute littéralement dans les bras bien qu'à quatre pattes. Nous sommes très étonnées de cet accueil surtout venant d'un bébé d'un an qui ne présente aucune crainte de l'étranger alors que sa mère et son père sont absents de la pièce. Un peu mal à l'aise, nous la repoussons doucement. Une grande agitation règne dans l'appartement qui est très bruyant entre les cris d'Adèle, les invectives du papa envers son fils et son (ex ?)compagne afin qu'elle rassemble tout le nécessaire pour sortir avec son aîné, et la télé allumée sur des dessins animés que personne ne regarde. Monsieur part finalement avec son fils, me laissant seule avec Juliette et Adèle. Juliette part rapidement coucher Adèle, « c'est l'heure de la sieste ». Celle-ci crapahutait et faisait du quatre pattes dans l'appartement jusque-là. Elle semble bien éveillée et très curieuse du monde qui l'entoure. Elle ne nous prêtera plus aucune attention après notre entrée. Juliette ira rechercher sa fille une première fois au bout de quelques minutes de cris et de pleurs. Adèle va très rapidement se calmer dans les bras de sa mère qui va alors retourner la

coucher jusqu'à quasiment la fin de notre entretien qui va durer presque deux heures. Nous assisterons au biberon du goûter.

Juliette, quant à elle, semble moins en forme que lors des deux entretiens précédents. Elle est toujours souriante mais avec quelque chose d'une tristesse ou d'une lassitude. Elle a également pris beaucoup de poids depuis le second entretien.

Juliette n'est pas très à l'aise avec notre consigne principale et nous demande de lui poser des questions « parce que là je suis un peu perdue ».

L'ACCOUCHEMENT

Juliette a accouché prématurément de quelques semaines (35 semaines + 4 jours). Il s'agissait d'une césarienne programmée mais le travail s'est déclenché naturellement avant la date de la césarienne. La prématurité renverrait, selon Bergeret-Amselek (1996) à un avortement de la crise de maternalité dans le sens où la prématurité traduirait l'échec de la maternalité comme processus de maturation par reproduction de la relation avec sa propre mère. Sans être aussi catégorique, nous pensons en effet que la prématurité traduit une difficulté face aux remaniements psychiques induits par la grossesse et l'accouchement, en lien notamment avec la séparation d'avec sa propre mère et avec l'enfant qu'elle a été (Benhaïm, 2011). La crainte d'une perte d'amour et d'intérêt de la part de son fils par jalousie envers sa sœur a-t-elle pu également jouer un rôle ? L'accouchement prématuré pourrait représenter une forme de « fuite en avant » actée face à des doutes et fantasmes trop angoissants relatifs à ces questionnements. Cela renvoie également à l'angoisse (de mort, de séparation et de malformation notamment) générée par les représentations et implications psychiques de l'accouchement. Ces hypothèses sont corroborées par la demande de Juliette d'anesthésie générale.

L'accouchement est marqué par la massivité des représentations en lien avec la perte des eaux et la césarienne. Les représentations de la perte des eaux semblent avoir trait aux fantasmes de « vidage » et à la passivité.

Par ailleurs, Juliette avait exprimé lors de notre premier entretien son souhait d'avoir une anesthésie générale par peur d'être « réveillée » au cours de la césarienne, lorsqu'on allait « lui ouvrir le bide » : « c'est horrible (rire) ». L'on retrouve ce vécu intrusif et potentiellement destructeur de l'intérieur du corps lorsqu'elle évoque l'accouchement au second entretien. En effet, malgré l'anesthésie générale, Juliette se serait réveillée pendant l'intervention. Ce vécu est associé à des représentations angoissantes d'étrangeté et de mort : « c'était trop bizarre. J'arrivais pas à ni lever le bras, ni ouvrir les yeux. J'ai cru que j'allais mourir (rire). C'était

trop bizarre. (...) ça fait vraiment bizarre franchement. C'est étrange. C'est flippant. En plus j'arrivais pas à pousser un cri, rien. Je me suis dit « c'est bon je vais mourir quoi ». C'était vraiment bizarre ». Ce vécu a probablement remis en jeu la passivation la renvoyant à une angoisse de mort massive.

LE BEBE

Le poids des traumatismes cumulatifs sur les représentations d'un nouvel enfant

La difficulté à reconnaître sa fille comme sienne du fait de son apparence physique dans une représentation négative pourrait être mise en lien avec la médicalisation de l'accouchement et particulièrement l'anesthésie générale qui n'a peut-être pas permis à Juliette de « vivre » son accouchement. Selon Bergeret-Amselek (1996) la douleur de l'accouchement permet d'éprouver les choses qui peuvent alors s'inscrire psychiquement. Sans qu'il soit question de la douleur, l'anesthésie générale n'a pas permis à Juliette de ressentir ce passage du bébé de l'intérieur à l'extérieur de son corps. Cela pourrait induire une forclusion empêchant l'inscription psychique de l'accouchement (Ibid.). La liaison psychique entre grossesse et naissance ne pourrait alors se faire correctement.

Juliette nous dit avoir été « *contente* » car sa fille n'a pas fait de syndrome de sevrage : « *tout allait bien* ». Néanmoins, elle ajoute qu'Adèle a eu du doliprane « *parce que bon elle pleurait et tout ça, et on pensait que c'était ça et finalement... Je sais pas, peut-être que y'a eu... Elle avait quand même des trémulations, des petits éternuements* [les pleurs, associés aux trémulations et aux éternuements sont des signes de manque chez le nouveau-né] *mais heu... je veux dire, par rapport à mon fils, c'était vraiment rien quoi* ». Le syndrome de sevrage de sa fille est ainsi complètement dénié en comparaison avec l'état de son fils à la naissance. Quel que soit le thème abordé (accouchement, ...), Juliette est toujours dans une comparaison entre sa fille et son fils, avec très souvent une opposition entre une représentation positive de l'un et une représentation négative de l'autre dans une forme de clivage.

Par ailleurs, Juliette est centrée sur le fait qu'Adèle « *a respiré toute seule* » et qu'elle a « *réussi à grossir* ». Le désir de mort, sous couvert d'angoisse, est sous-jacent. Elle peut ainsi être majorée dans un contexte de prématurité (Benali, 2008). Elle vise à contenir l'hémorragie pulsionnelle tout en ayant des vertus contra-dépressives du fait d'une menace de perte potentielle de l'objet, de même que la menace de perte de soi. Ces angoisses de mort vont perdurer lors du sommeil d'Adèle puisqu'elle a « *peur qu'elle arrête de respirer* », ce qui entraîne des conduites de vérification. Juliette fait le lien avec le fait qu'elle était « *vraiment petite* » à la naissance du fait « *qu'elle était préma* », ce qu'elle va répéter à plusieurs reprises

au cours de l'entretien. D'autres représentations sont plus massives puisqu'elle évoque le terme de « *chétif* » renvoyant lui-même à faible, malingre (Larousse, 2015). La peur de la mort du nourrisson pourrait également renvoyer à une angoisse de séparation chez Juliette.

Par ailleurs, ces angoisses concernant la santé de sa fille peuvent être liées aux antécédents d'IMG et de fausses couches auxquelles était rattaché le fantasme qu'il s'agissait d'enfants de sexe féminin (Squires, 2004). Il ressortait de l'analyse du premier entretien qu'attendre une petite fille renvoyait massivement à la mort. Le fait que sa fille soit plus petite, « *chétive* » peut être venu incarner ces angoisses et fantasmes de mort. Cela est également associé à la crainte de lui faire mal pendant les soins. L'on se questionne alors sur les vœux de mort inconscients ainsi contre-investis. Ces questionnements s'avèrent d'autant plus pertinents que Juliette va évoquer la crainte qu'on fasse du mal à ses enfants si elle les confie à quelqu'un d'autre avec nombre de détails et de scénarios (bébé secoué notamment), crainte qui perdure lors de la dernière rencontre. Au-delà de l'angoisse de séparation patente, il s'agit probablement des projections de ses propres pulsions agressives voire destructrices à l'égard de ses enfants qui transparaissent. Celles-ci se repèrent également dans des cauchemars d'étouffement ou de noyade : « *Souvent, c'est les deux enfants ensemble* », « *il leur arrive un truc* ». La noyade peut-elle renvoyer au fantasme de retour dans le ventre maternel dans une recherche de fusion ? La haine maternelle à l'égard de ses enfants pourrait venir traduire une identification de ces derniers et notamment de sa fille à l'imago maternelle archaïque, frustrante et donc haïe mais également hostile. C'est également avec cette mère des relations précoces qu'est recherchée la fusion narcissique. La haine maternelle pourrait également être liée au fait que ses enfants représentent un frein pour « reprendre » sa vie, reprendre des études : « *Mais c'est vrai qu'avec un boulot nos vies seraient mieux quoi. Mais heu je veux dire heu ... je regrette pas ce que j'ai fait non plus, les choses que j'ai faites, je les regrette pas* ». Elle nous questionnera d'ailleurs longuement sur notre parcours, nos études mais également sur notre vie de famille (avons-nous des enfants ?). Cela nous semble être à la fois une tentative de séduction, de la curiosité, et un mélange à la fois d'envie, teintée d'agressivité, et de recherche de modèle identificatoire. Ainsi elle nous tend sa fille, nous demandant de la prendre le temps qu'elle se désaltère et prépare la couche, au moment-même où elle nous questionne sur nos études et évoque son désir de revenir en arrière pour pouvoir faire des études avant d'avoir ses enfants. Cela nous renvoie à un désir d'inversion des rôles. Ces sentiments sont renforcés par le fait que nous avons toutes deux quasiment le même âge. Il faut également souligner qu'une préoccupation exagérée concernant leurs enfants a été mise en évidence chez les femmes ayant perdu un enfant in utero par Cain et Cain (1964, cités dans Squires, 2004).

Par ailleurs, il est nécessaire de noter que depuis notre première rencontre, son fils aîné est suivi en pédopsychiatrie pour suspicion de troubles envahissant du développement et/ou un trouble atypique du spectre autistique. Juliette alterne entre des représentations contrastées : elle rationalise, minimise le comportement de son fils qui ne correspond pas, selon elle, aux symptômes mentionnés sur internet, mais, à contrario, elle évoque sa peur « *qu'il ait quand même quelque chose* » toujours en justifiant par des exemples du comportement de son fils. Finalement, nous apprenons lors du dernier entretien que son fils aîné a été diagnostiqué comme souffrant de troubles du spectre autistique associés à une dysplasie sévère. Ce premier enfant ne viendrait alors plus combler les attentes narcissiques de Juliette, pire encore, entraîneraient une atteinte à son narcissisme. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que les angoisses concernant la santé de sa fille soient liées aux troubles présentés par son fils, à l'angoisse que sa fille développe elle-même une pathologie ou des troubles du développement. L'investissement de sa fille serait alors également plus massif et la fusion plus importante encore qu'à l'égard de son fils puisque sa fille doit inconsciemment venir « réparer » le narcissisme de Juliette, attaqué par un fils qui ne correspond pas à ses attentes. La haine à l'égard de ses enfants pourrait d'ailleurs renvoyer à ces angoisses et aux attaques narcissiques portées par la découverte des troubles de son fils.

Ainsi, lors du dernier entretien, les angoisses apparaissent également centrées sur la « *peur que... qu'il y ait un truc caché, euh je sais pas... En fait, du fait que Léo on s'en est rendu compte tard... Ben j'ai peur qu'elle ait un truc caché, puis qu'on me sorte qu'elle ait le cancer de je sais pas quoi, un truc archi... 'fin j'ai trop peur.* ». Juliette fait le lien entre la découverte tardive des troubles de Léo et ses angoisses concernant Adèle : « *J'ai peur qu'elle soit plus normale, ou des choses comme ça. J'ai peur que... qu'il y ait quelque chose qui fasse que par la suite, elle ait un handicap, elle aussi !* ». Les angoisses ont également trait à des pathologies graves et potentiellement létales. Au traumatisme des antécédents d'IMG et de fausses couches, s'ajoute le traumatisme de l'annonce d'un handicap sévère de son fils. Cela peut être venu remettre en jeu les fantasmes de vengeance de la figure maternelle archaïque alors persécutrice.

Les craintes qu'Adèle ait « *quelque chose* » sont justement associées également aux antécédents d'IMG, due à un problème chromosomique, et de fausse couches : « *Donc euh du coup, c'est vrai que je me posais pas mal de questions là-dessus, à savoir si... Je sais pas. Si les troubles autistiques normalement, si le corps il fait faire une fausse couche. Je sais pas comment ça marche...* ». Juliette fait ainsi le lien, dans une certaine confusion, entre les antécédents de grossesses non menées à terme et les troubles autistiques de Léo. Deux

fantasmes se mélangent ainsi, participant à la confusion : d'un côté le lien entre l'IMG et les troubles autistiques, et de l'autre côté, le lien entre les fausses couches, l'IMG et le fait qu'Adèle soit une fille.

Les angoisses de mort à l'égard de ses enfants et surtout de sa fille peuvent également s'articuler à un sentiment de culpabilité à mettre en lien avec les pertes de fœtus/d'enfants précédentes. En effet, le fait d'avoir un bébé « sain » peut être source de culpabilité par rapport aux bébés qui n'ont pas pu vivre (fausses couches) ou que Juliette a choisi de « supprimer » (IMG) (Shulz & al., 2015). Cela relève de la question du deuil périnatal. L'on retrouve très régulièrement ces considérations chez des femmes enceintes ou avec de jeunes bébés qui ont perdu un fœtus ou un bébé précédemment (mort in utero, IVG, IMG, fausses couches, décès dans les premiers mois de vie, bébé décédé à la naissance). Cette culpabilité d'avoir un enfant sain est renforcée dans la mesure où son aîné présente lui aussi des troubles mentaux et comportementaux. Cela renvoie de nouveau à un deuil de l'enfant imaginé qui peut être, dans le cas de l'annonce d'un handicap, aussi douloureux que la perte d'un enfant réel (Zinschitz, 2007). Cela vient alors réactiver les deuils périnataux précédents. Nous nous demandons d'ailleurs si la permanence de fantasmes de mort concernant ses enfants ne traduit pas un ou des deuils périnataux pathologiques, autrement dit non élaborés et remis en jeu du fait de la nouvelle grossesse. Les composantes traumatiques sont en effet patentes.

Finalement, Juliette, dans un besoin de réassurance, va nous questionner sur l'origine des troubles autistiques. Il s'agit également d'un questionnement sur les liens entre consommations de drogue pendant la grossesse et autisme. Juliette vient ainsi mettre au-devant de la scène, mais avec beaucoup de défenses relatives à l'évitement du conflit, le questionnement de sa propre responsabilité dans les troubles de son fils. Peut-on parler de culpabilité ? L'on peut également se demander si les vœux de mort à l'égard de ses enfants ne sont pas à la hauteur de cette culpabilité. L'on peut penser que les angoisses sont maximisées à l'égard d'Adèle dans la mesure où elle est porteuse d'attentes narcissiques d'autant plus importantes que Léo n'a pas rempli ces attentes narcissiques de par ses troubles autistiques. Juliette évoque en effet le fait qu'elle est « *plus anxieuse pour Adèle que je ne l'ai été pour Léo* ».

Une relation mère-fille ambivalente

La relation avec sa fille oscille entre recherche de fusion et pulsions agressives contre-investies à travers des formations réactionnelles d'hyperprotection anxieuse. Juliette apparaît ainsi très ambivalente. Cela se repère notamment à travers la question des pleurs. Adèle a

beaucoup pleuré les premiers mois de vie avec un besoin de contenance important. Juliette explique cependant que « *ça ne [la] dérangeait pas plus que ça de l'avoir tout le temps dans les bras. C'est plus [son] copain mais [elle], perso, ça ne la dérangeait pas plus que ça* ». L'inconscient s'exprime (« *pas plus que ça* »). Les fantasmes mortifères transparaissent par ailleurs lorsqu'elle ajoute : « *parce que y'en a ils disent oui heu ... heu ... faut pas leur faire de mal ou quoi que ce soit, mais c'est jamais quelque chose qui me viendrait à l'esprit quoi. J'ai toujours dit à la limite, si un jour je suis énervée et que ça me fatigue, je préfère la poser dans son lit et la laisser pleurer un quart d'heure et puis ... ça n'a pas été le cas en fait heu ... quand elle n'était pas consolable je la mets au sein en général.* ». Les pleurs intenses du nourrisson peuvent renvoyer une image de « mauvaise mère » à la mère, ce qui peut entraîner la représentation d'un bébé persécuteur et des fantasmes, voire des passages à l'acte, de violence envers l'enfant. Il est également possible que les pleurs d'Adèle viennent réactiver chez Juliette un vécu d'impuissance lié à un traumatisme dans les relations précoces, cela étant favorisé par la régression narcissique induite par l'identification au nourrisson. La jeune mère serait alors également dans un vécu de détresse qui viendrait surcharger son système défensif ce qui entraîne la mise en place de défenses supplémentaires comme le déni de sa propre détresse. Lorsque les pleurs débordent l'appareil psychique de la mère, il n'y a pas de possibilité d'apaisement du bébé (Pollak-Cornillot, 2004).

Il nous semble par ailleurs que Juliette trouve des bénéfices secondaires à ces pleurs puisqu'elle explique par la suite que la solution pour « *la faire taire* » est de la mettre au sein. C'est d'ailleurs ce que nous avons également repéré au cours de l'entretien. Adèle a toujours le sein dans la bouche, ce qui empêche toute vocalisation. Cela n'empêche-t-il pas également toute manifestation d'altérité chez sa fille ? Le sein est idéalisé puisque « *au sein elle se calmait bien.* ». Les pleurs pourraient alors être la manifestation d'une angoisse de séparation d'Adèle et de néantisation (détresse) qui pourrait d'ailleurs refléter la propre angoisse de Juliette. Au cours de l'entretien, elle la laisse au sein en permanence sans demande d'Adèle. Elle l'a met d'emblée au sein en arrivant sans qu'Adèle se soit manifestée. Elle ne tète pas pour autant toute la durée de la mise au sein mais s'y endort. Lorsqu'elle va se réveiller, Juliette va la remettre tout de suite au sein, toujours sans demande. Peut-on parler d'anticipation maternelle qui ne permettrait pas la constitution des processus autoérotiques et hallucinatoires ? Cela pouvant conduire au développement d'une problématique addictive par empêchement d'élaboration des capacités représentatives du bébé. Cela pourrait renvoyer à un désir de fusion narcissique de Juliette, d'autant que la perspective d'un sevrage même partiel est perçue négativement.

Par ailleurs, le fait qu'Adèle pleure beaucoup les premiers mois de vie pourrait également être lié à sa prématurité. Les bébés prématurés peuvent en effet être plus irritables, plus sensibles et plus difficiles à consoler.

L'on observe ainsi une ambivalence, un clivage entre désir de fusion narcissique et représentation d'un enfant persécuteur, objet de vœux de mort inconscients massifs. Ses enfants et particulièrement sa fille pourraient alors représenter l'imgo maternelle archaïque, et les relations actuelles mère-fille marquées par la fusion narcissique, une réédition ou répétition des relations avec sa propre mère.

La recherche d'une relation fusionnelle transparait clairement avec la question de l'allaitement que Juliette voulait garder exclusif « *le plus longtemps possible* ». Le sevrage pourrait renvoyer Juliette au fantasme de castration ainsi qu'à la séparation par rupture de la relation fusionnelle extrêmement investie par Juliette. L'allaitement représenterait ainsi le prolongement de la relation fusionnelle de la grossesse avec une valeur narcissique-phallique attribuée à l'enfant. A un an, Adèle « *prend le biberon toute seule* » et tente de prendre également la cuillère pour les petits pots, cependant Juliette ne « *la laisse pas trop faire parce que sinon elle m'en collerait partout* ». L'on repère une certaine rigidité de Juliette, rigidité également mise en avant par rapport à la découverte orale du monde, perçue comme un problème. Peut-être cela renvoie-t-il aussi à une difficulté à laisser sa fille s'autonomiser.

La recherche d'une relation fusionnelle, de complétude narcissique se repère également lorsque Juliette évoque son bonheur à être enceinte : « *c'est une sensation que j'adore franchement* », « *Je pourrais être enceinte tout le temps mais sans avoir plein d'enfants en fait* ». Juliette évoque par ailleurs son « *envie de mettre sur pause et que ni lui [son fils] ni elle[sa fille] grandissent et qu'on reste comme ça tous les trois tout le temps* ». Il n'est aucunement question du père des enfants. Juliette dit aussi « *profiter* » qu'Adèle « *reste petite* » (au niveau de sa courbe de poids et de taille) : « *J'en profite à mort. Je veux dire ses vêtements ouais c'est super* ». Finalement c'est la question du matériel qui prime avec l'impression de jouer à la poupée en quelque sorte. Elle décrit d'ailleurs sa fille de cette façon, « *une poupée* », autrement dit un objet sans volonté, sans individuation, sans personnalité ni désirs.

Nous sommes mal à l'aise pendant l'entretien face à ce bébé qui semble très « endormie », assez peu vive ou éveillée, observant peu autour d'elle. Elle vocalise et gazouille également très peu mais cela est très probablement lié au fait qu'elle sera au sein une très longue période, empêchant toute communication ou vocalisation. Elle nous semble assez « molle », amorphe comme une « poupée » (terme d'ailleurs emprunté à Juliette). Elle va s'agiter lorsque sa mère va la poser sur le ventre avant de la changer. Elle bouge alors ses bras, ses jambes et

ses pieds tout en se tortillant. Adèle est cependant un bébé très (trop ?) calme. Elle ne va pas pleurer ni se manifester au cours de l'entretien. Le fait de passer dans nos bras ou sur nos genoux n'entraîne aucune réaction de sa part. Son comportement diffère de la majorité des bébés de quatre mois que nous avons pu rencontrer et nous interroge. Néanmoins, elle est dans le contact visuel avec sa mère lors des tétées.

Investissement et représentations du bébé

Sa fille fait cependant l'objet de représentations positives : « *le meilleur des bébés* », « *mignonne comme tout* ». Elle est source, comme son fils, d' « *admiration* ». Ces représentations positives sont accentuées lors du dernier entretien, mis en opposition avec celles, de plus en plus négatives, à l'égard de son fils. Juliette met ainsi en avant la recherche d'interactions de sa fille, ce qu'elle oppose au comportement de son fils au même âge : « *Pi elle s'intéresse à nous parce que, Léo bébé, il était assez calme, mais euh il en avait rien à faire de nous entre guillemets. (...) Tandis que elle, elle nous appelle, elle veut qu'on la regarde... elle veut que... qu'on la prenne, elle veut sortir. Lui il s'en fichait complètement.* ». L'on repère un ressentiment et une agressivité à l'encontre de ce dernier qui « *ne s'intéressait pas* » à elle. L'atteinte narcissique est au premier plan. Son fils occupe alors de nouveau la place de « mauvais objet ». L'on repère ainsi l'apport narcissisant que représente sa fille pour Juliette. Ces attentes narcissiques sont parties inhérentes de la parentalité mais nous semble faire écho à des failles narcissiques chez Juliette, ce qui renforce le besoin de narcissisation par ses enfants et ainsi le ressentiment et l'agressivité à l'égard de son fils, décevant.

Néanmoins, lors du second entretien, l'angoisse de rejet et de perte d'amour de la part de son fils à son égard domine, probablement en miroir de ses fantasmes de rejet à l'égard de son fils. Elle revient d'ailleurs sur cette question en fin d'entretien où elle explicitera plus clairement cette angoisse de perte d'amour : « *J'avais peur que mon fils il m'aime plus* », « *j'avais peur de perdre son... j'avais peur qu'il ait plus d'intérêt pour moi, de perdre son intérêt vis-à-vis de moi* ». Le fait que son fils soit très en demande auprès d'elle semble alors la rassurer narcissiquement, comblant son besoin affectif. Cette angoisse de perte d'amour, de rejet de la part de son fils, qui éclaire une problématique de perte et une problématique narcissique, a favorisé des fantasmes et l'angoisse de « *ne pas aimer ma fille* » : « *j'avais peur que mon fils il soit jaloux, qu'il ne m'aime plus et heu justement à cause de ça, ne pas l'aimer [sa fille]* ».

L'évolution d'Adèle est également investie positivement par Juliette, à contrario de celle de son fils dans la mesure où, pour lui, « *c'est passé super vite en fait, que je suis restée sur pause et que lui il a grandi. (...) l'impression d'avoir raté plein de trucs quoi* ». Cela peut

également être lié au fait qu'elle consommait lors des premières années de vie de son fils. Le sentiment de culpabilité à l'égard de son fils transparait par ailleurs tout au long du discours dans la relation plus « fusionnelle » avec sa fille, dans le fait d'avoir pris plus soin d'elle pendant la grossesse de sa fille, d'être plus présente, du plaisir qu'elle prend avec Adèle qui est une fille (Juliette désirait en effet avoir une fille), et probablement des sentiments différents qu'elle éprouve à l'égard de chacun de ses enfants (comme tout parent) : « *J'aime mes enfants tous les deux autant (...) mais différemment. C'est pas pareil* ».

Il y a alors nécessité dit Juliette, de « *se rattraper* » auprès de son fils et de donner exactement la même chose dans les mêmes proportions à ses enfants. Cela nous renvoie à sa propre problématique de manque affectif. Ainsi, elle introduit toujours son fils lorsqu'elle décrit des moments d'échanges, de plaisir avec sa fille, comme pour ne pas l'« oublier », le mettre de côté, pour ne pas qu'il « manque ». Ce sentiment de culpabilité à l'égard de son fils lors du second entretien est cependant inversé lors de la dernière rencontre dans la mesure où il concerne sa fille : « *Je pense que je lui apporte moins d'attention que ce qu'elle, entre guillemets, mérite parce que Léo réclame euh énormément de temps et euh, ... et de patience, et de d'attention... et d'un peu de tout (rire). Du coup je pense qu'elle a moins d'attention qu'elle devrait en avoir en fait. Je m'occupe moins d'elle qu'elle devrait...* ». Son aîné occupe également la place de « mauvais objet » qui vient perturber la relation fusionnelle mère-fille. Par ailleurs, il est à noter que l'on retrouve ces questionnements autour d'amour, d'attention, de temps partagé, d'équilibre entre les deux (ou plus) enfants de la fratrie chez toutes les mères attendant un deuxième (et plus) enfant. Cela vient en effet réactiver chez elle leur propre rivalité fraternelle infantile.

Nous ne nous étendons pas sur les troubles du comportement de Léo. Il est cependant important de noter les sentiments de culpabilité, de déception et de colère ressentis par Juliette face à la maladie de son fils. Celui-ci s'avère dans de telles conduites destructrices qu'un placement a été envisagé. Cette proposition a été d'autant plus difficile à supporter pour Juliette que cela lui renvoie au placement en pouponnière de Léo pendant deux semaines lorsqu'il avait deux ans. Par ailleurs, cela lui renvoie également l'image d'une « mauvaise mère » et à la culpabilité d'être déjà plus proche de sa fille que de son fils. Malgré la rationalisation et la minimisation, les dénégations laissent entendre la prise de conscience de Juliette concernant la gravité de la situation. Elle semble d'ailleurs épuisée physiquement et psychiquement par la situation puisque Léo demande une surveillance de tous les instants. Il est acteur de comportements auto- et hétéro-agressifs massifs qui pourraient être dirigés contre sa sœur. Juliette évoque un « *effondrement* » à la suite d'un incident, qui se matérialise également à

travers la prescription par son médecin d'un traitement antidépresseur. Le comportement destructeur de Léo semble s'apaiser lorsqu'il est seul en présence de sa mère.

RELATIONS DU COUPLE PARENTAL

Au cours du second entretien, le père des enfants n'est jamais abordé spontanément par Juliette. La naissance de leur fille est venue mettre au grand jour les conflits du couple parental préexistants à la grossesse. Cette dernière aurait alors représenté un frein à la séparation. Néanmoins, d'un autre côté, n'était-ce pas une grossesse « accident » dans une tentative de « recoller les morceaux » ? Son conjoint attribue à la naissance d'Adèle la fin du couple : « *bah elle dort avec moi et tout ça... bah selon lui c'est elle qui a niqué le couple et c'est pas le cas quoi* ». L'on ne peut que se questionner sur la formulation de sa phrase qui laisse entendre que leur fille est responsable du fait que leur couple va mal mais qu'elle est également dans leur lit, prenant la place de son propre père auprès de Juliette (« *niquer* »). Cela serait d'ailleurs une des raisons pour lesquelles son conjoint « *ne s'occupe pas du tout de sa fille* ». La fonction paternelle est complètement absente dans la relation mère-fille. Elle n'occupe pas de rôle de séparateur. Il en découle la permanence d'une relation fusionnelle narcissique mère-fille.

Juliette s'avère très ambivalente à l'égard de son conjoint et d'une séparation. Cela semble plus lié, lors du second entretien, à l'espoir qu'il change. Finalement, nous apprenons au cours de la dernière rencontre, que Juliette et son conjoint se sont séparés. Son conjoint est ainsi parti suite à l'annonce du diagnostic d'autisme de Léo face à laquelle il semble toujours être dans le déni. Néanmoins, il est de nouveau présent actuellement mais plus comme un « *soutien* » pour épauler Juliette au quotidien que dans une relation de couple. Juliette est en proie à un conflit psychique important entre le fait que le départ de son conjoint lui ai fait « *du bien* » et le besoin de « *[s']épauler* » sur quelqu'un face à ses difficultés avec Léo.

Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool de son conjoint a fortement participé à la rupture du couple. Juliette fait le lien entre le comportement de son conjoint et celui du père de ce dernier, alcoolique, lorsqu'ils ont bu. Les identités des deux hommes semblent même confondues. Le désir de ne pas « *reproduire* » l'histoire de son conjoint domine, ainsi que le désir de protéger ses enfants de ce qu'ils ont tous les deux vécu enfants. Il n'est cependant pas question, dans son discours, de sa propre histoire avec son père alcoolique pourtant clairement en jeu. L'on peut faire l'hypothèse d'une répétition inconsciente dans une probable tentative de maîtrise et de réparation du traumatisme. Elle fait également référence à sa crainte que son conjoint devienne violent, toujours dans une identification inconsciente à son père. Nous faisons d'ailleurs le lien avec les suspicions de violences conjugales évoquées par Juliette lors du

premier entretien. Les propos extrêmement crus de Juliette laissent penser à une problématique alcoolique comme refus de la castration et de la différence des sexes chez ces hommes. Nous nous demandons également si cette grossesse « accident » n'avait alors pas également pour but de « remplacer » une relation de couple jusqu'alors plutôt fusionnelle, aujourd'hui non satisfaisante.

REPRISE DE CONSOMMATIONS D'HEROÏNE « RITUELLES » OCCASIONNELLES

Le constat des effets de l'alcool sur son conjoint ou leur père respectif lui permet la minimisation et la banalisation des effets de l'héroïne face aux méfaits de l'alcool, désignée comme « mauvais objet ». Juliette a ainsi consommé de l'héroïne à plusieurs reprises après la naissance de sa fille. Elle se valorise et minimise expliquant « *à chaque fois que j'ai consommé en fait, j'avais prévu le truc à l'avance et j'ai tiré mon lait 24 heures à chaque fois à l'avance. Comme ça je me dis qu'elle en aura quand même mais beaucoup moins* ». Malgré sa connaissance de l'impact sur sa fille, elle consomme, faisant passer son propre plaisir avant le bien-être de sa fille. On note d'ailleurs que l'envie est toujours présente et que la tentation est grande en présence des produits. Juliette ne peut pas expliquer ses envies. Les causes sont toujours attribuées à des facteurs externes. Sa relation à la drogue est très ambivalente puisqu'elle « *regrette tout le temps* » dès qu'elle consomme de l'héroïne et « *trouve ça nul* ». Ses responsabilités en tant que mère et le bien-être de ses enfants représentent néanmoins des freins majeurs face à des consommations plus importantes. Les consommations « rituelles » de début de mois pourraient alors représenter son moment de « plaisir » à elle, le seul temps où elle fait quelque chose pour elle. Il est possible que plus que les effets du produit, le « rituel » soit ce qui est recherché par Juliette.

Nous évoquons également une compensation de l'absence de consommations par l'absorption de nourriture lors du premier entretien. Ces troubles alimentaires perdurent encore au un an d'Adèle. Cela renvoie à un échec de la fonction autoérotique qui est alors répétée, ne pouvant ouvrir sur une mise en représentation. Juliette évoque également « *un vice* » : « *je vole dans les magasins* ». Ce comportement nous renvoie à l'article de Winnicott (1956). Grâce à la tendance antisociale, qui se manifeste ici par le vol, Juliette chercherait l'objet sur lequel elle a des droits (la mère le plus souvent). Cette tendance apparaît, selon Winnicott, quand « il y a eu perte (dans les premières années de vie) de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. Ce retrait a dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir un souvenir vivant » et donc une représentation interne à la base de l'objet interne. L'enfant a pu percevoir que la cause de la

perte se trouvait dans une faillite de l'environnement. Juliette chercherait ainsi aussi, à travers le comportement antisocial, une stabilité de l'environnement qui pourra supporter la tension résultant de son impulsivité. C'est cet environnement stable qui permet par la suite de pouvoir se séparer, tout en gardant une représentation intériorisée et faisant partie du Moi. Cela fait écho à la problématique de séparation et de dépendance à ses objets parentaux. Par ailleurs, ne peut-on pas rapprocher le vol en tant que comportement impulsif avec la toxicomanie dans l'idée que ce comportement a pour visée inconsciente de combler un sentiment de vide et un état de mal-être ? L'on peut d'ailleurs rapprocher ce comportement impulsif à celui de consommer des produits où ce qui semble central pour Juliette est le geste, le rituel plus que le produit lui-même. Cela s'articule également dans sa manière de « compenser » par la nourriture.

Juliette continue néanmoins de diminuer son traitement de substitution aux opiacés.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Juliette dit se sentir ainsi épanouie dans son rôle de mère : « *bien dans ma peau, bien dans mon rôle* », « *vraiment prête pour les deux* ». La maternité avec Adèle l'a ainsi faite évoluer en tant que mère auprès de son fils également. L'on note également un désir de « bien faire » qui motive une demande de soutien dans sa parentalité et un recours à l'étayage apporté par les professionnels. Son discours apparaît tout à fait approprié concernant son rôle auprès de ses enfants. Nous avons cependant le sentiment d'un « collage » au discours des professionnels, d'entendre ce qu'elle pense que nous voudrions entendre sans que tout ne soit véritablement intégré. Pour autant cela ne veut pas dire que Juliette ne met pas en pratique les conseils prodigués qu'elle a fait siens. Néanmoins, lors du dernier entretien, les représentations d'elle-même en tant que mère sont envahies par les angoisses concernant la santé de ses enfants.

Par ailleurs, elle semble encore manquer de confiance en elle et être sensible au regard des autres, notamment celui des « *vieilles dames* » plusieurs fois mentionnées dans le discours comme mauvais objet. Dans ce cas précis, il s'agit du regard et des réflexions des « *vieilles dames* » : « *genre « ah mais vous avez quel âge pour avoir deux enfants ? »* ». Cela nous renvoie à une phrase prononcée lors du premier entretien : « *Je suis un bébé qui a des bébés quoi* ». Elle ajoute que « *souvent on me renvoie une image d'adolescente* ». Juliette est âgée de 23 ans. Ce sentiment lui est particulièrement renvoyé quand il s'agit des démarches pour son fils : « *Parce que moi toute seule, ben je suis un peu démunie en fait quand euh... Parce que je me sens jeune dans, dans un monde entre guillemets d'adultes... J'ai pas l'impression d'être une adulte... Fin, j'ai l'impression qu'on m'écoute pas... (...) Mais j'ai l'impression que je suis dans un... oui je suis encore une enfant dans un monde d'adultes et on m'écoute pas en fait, ça c'est, c'est*

épuisant ». Cela peut correspondre à ce que l'extérieur lui renvoie mais il nous semble que cela fait surtout écho à son propre ressenti de n'être encore « *qu'une enfant* ». Elle ne se sent pas écoutée en tant que mère mais il semble que ce soit aussi l'enfant en elle qui n'est pas écoutée par le monde des adultes. Il y a recherche d'étayage, d'écoute, de reconnaissance comme enfant et comme mère. Ces reproches de ne pas être écoutée sont adressés aux soignants mais probablement également à ses propres parents. Les grossesses adolescentes de Juliette ont pu, au-delà d'une tentative de « réparation » à travers l'enfant, avoir pour fonction une recherche d'un retour à la relation primaire à sa propre mère. Elles ont également pu représenter l'expression en acte du fantasme œdipien incestueux et de rivalité à la mère. Ces grossesses adolescentes ont aussi pu constituer une tentative d'accession à une passivité mieux tempérée en se dégageant de la passivation (Proia & Schvan, 2011). Il s'agissait également, sur fond de problématique de dépendance et de passage à l'acte, de permettre l'acquisition d'une autonomie et d'un statut social de « femme adulte maîtresse de son corps et de son destin. (...) Ainsi cherche(nt)-elle(s) à obtenir une certaine reconnaissance sociale en acquérant le statut de mère. Faire un enfant serait le seul moyen pour elle(s) de prouver qu'elles existent. » (Mouras, 2004, 5). Par ailleurs, l'on peut se demander si être mère ne s'oppose pas à l'être-femme associée à des représentations sexualisées crues et incestueuses pour Juliette. Être mère à l'adolescence pourrait ainsi représenter une défense contre l'être-femme. La grossesse en elle-même impliquant alors des fantasmes de fermeture du corps, de complétude contrairement au féminin marqué par la réceptivité et les fantasmes d'effraction.

Le passage du statut de d'enfant-fille au statut de mère reste ainsi en suspens. La représentation des « *vieilles dames* » en tant qu'objet persécuteur nous renvoie à l'imago maternelle toute-puissante. Cela nous questionne sur la fonction des deux dernières grossesses en écho à la première grossesse à l'adolescence au moment du placement en foyer et donc de la séparation avec ses parents. S'agissait-il d'une tentative de se séparer de la mère détentrice de tous les pouvoirs en devenant comme elle ? Ou bien de retrouver la relation à l'objet primaire ? Son statut de mère est également dénigré par son père : « *Mon père il arrête pas de me dire : « Qu'est-ce que tu vas faire avec deux gosses à 22 ans ?! T'es perdue ! »* ».

Juliette évoque se sentir « *plus mûre* » que les filles de son âge, ne « *pas se sentir à l'aise* » dans la mesure où ses préoccupations sont différentes. Elle fait le parallèle avec les conduites liées à la sexualité qu'elle attribue aux autres filles de son âge. La sexualité semble alors à la fois enviée et dangereuse, et toujours dans quelque chose de très cru et d'excitant. Il y a également une certaine envie face à cette « *gaminerie* », autant que face à notre parcours professionnel. Il y a désir d'autre chose que ce qu'elle vit actuellement dans son rôle de mère.

Les représentations concernant son futur avec ses deux enfants sont marquées par le négatif et la contrainte : « *Je pense qu'avec Léo ça va poser quelques soucis et... je ne pourrai pas faire ce que je veux. Mais bon quand on a des enfants, ben faut savoir faire des concessions...* ». L'on repère de nouveau l'atteinte narcissique du fait de la remise en question des souhaits et fantasmes narcissiques concernant ses enfants. Il apparaît un désir de réparation narcissique projeté sur ses enfants. L'idée princeps est qu'ils n'aient pas la même vie qu'elle et « *Franchement, je me dis que... Je pense que je vais être sévère avec elle parce que j'aurais peur qu'elle fasse les mêmes erreurs que moi. Déjà c'est une fille ! J'aurais peur qu'elle tombe enceinte jeune...* ». Etre tombée enceinte jeune représente donc une « *erreur* » pour elle ? Par ailleurs, l'on note que le fait d'avoir une fille renvoie inévitablement à la sexualité pouvant mener à une grossesse, ce que nous avons déjà noté lors du premier entretien.

RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES

La relation avec ses parents est marquée par un sentiment d'indifférence de leur part et une dépendance massive de Juliette avec une recherche d'attention et d'affection : « *Bah j'les appelle tous les deux jours et c'est archi important à mes yeux en fait d'avoir des nouvelles de mes parents quoi. Bah c'est vrai que moi aussi c'est ce que je ressens, ils s'en foutent un peu d'moi mais c'est comme ça, je peux pas m'empêcher de les appeler quoi d'écouter leurs conseils et tout ça bah ... c'est comme ça.* » ou « *Je sais pas, j'en ai besoin... même si c'est 2 minutes ben j'en ai besoin. J'ai besoin de ça, c'est mes parents quand même... malgré tout. (...)* Ben j'ai besoin de prendre des nouvelles, j'ai...j'ai envie, j'essaye de recréer des liens en fait ». La dépendance affective est flagrante. Son discours est essentiellement centré sur son père, le « mauvais objet ». Elle ajoute d'ailleurs, dans une opposition complète à ses précédents propos qui laisse entendre le clivage à l'œuvre, qu'elle « *ne meure pas spécialement d'envie de le voir [son père]* ». La dénégation laisse penser le contraire, qu'elle désire le voir. La question de la mort intervient à la fois dans la relation à son père et lorsqu'elle parle de sa fille (« *j'en profite à mort* », « *elle fait des grands sourires à tout le monde, c'est mortel* »). Bien que les expressions utilisées renvoient dans le langage courant à quelque chose de positif, nous nous demandons quel sens cela peut avoir dans l'inconscient de Juliette au vue des fantasmes mortifères massivement présents.

Juliette verbalise également son sentiment de jalousie à l'égard d'une de ses belles-sœurs : « *Pi je suis jalouse aussi parce que y a ma belle-sœur qui me remplace donc euh... [Qui vous remplace ?] Ah ben clairement qui me remplace quoi parce que, fin c'est des petits exemples bidon,... mais à Noël qu'elle en a beaucoup plus que moi !* ». C'est ainsi le matériel

qui est au premier plan, dans un déplacement de l'attente affective sur le concret, du manque psychique sur la quantité matérielle externe. Nous faisons le lien avec sa tendance au « vol ». C'est également la question de l' « avoir » qui prime renvoyant plus ici à l'avidité orale (incorporation qui signe de nouveau l'échec de l'introjection). Les sentiments d'injustice et d'envie sont au premier plan avec une demande de reconnaissance (et d'être « nourrie » fantasmatiquement) de la part de ses parents à son égard. La massivité des représentations, affects et des mouvements pulsionnels associés à l'évocation de ses parents et de leurs relations semblent déborder Juliette qui se lève alors et nous demande si cela nous dérange qu'elle aille fumer. La psyché a été débordée et c'est le recours à l'acte (fumer) qui prend le relais pour soulager l'excitation et la tension. Il y a une réelle difficulté à gérer ses mouvements pulsionnels.

Ses parents n'occupent pas, par ailleurs, la place de grands-parents étayants qui dénigrent massivement son fils. Juliette a un discours bienveillant à l'égard de ce dernier qu'elle tente de protéger de la maltraitance psychologique de ses grands-parents.

1.2.2. Protocole du Rorschach et psychogramme de Juliette

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I v	04''	1	J'sais pas on dirait un ange <i>Faut que je dise ce que je vois ? (Rép.)</i>	L'ange là ses ailes, là ses mains. Bon il a deux têtes mon ange hein	G	F+	(H)	Tend. choc
		2	Oui je vois un ange et en même temps un bonhomme, une sorte de monstre en même temps - rire	mais je vois quand même un ange Et puis le monstre en fait c'est quand c'est dans ce sens là	G	FClob+	(H)	
II v	02''	3	<i>Et ils ont un sens ou pas (les planches) ? (Rép.)</i>	Une femme avec des chaussures <i>(rép. Add)</i>	G	F+	A	Tend.choc Ban Symétrie
		4	Moi comme ça je vois un papillon ou un bonhomme encore	Un papillon Et on dirait aussi des chaussures <i>(Rép. Add)</i> 'fin une femme avec des chaussures, <i>(rép. Add)</i> 'fin une femme bizarre hein qui danse <i>(Rép. Add)</i>	D1+D2	F+	H	
III	02''	5	Un couple qui mange		G	K+	H	Ban

v ^								
IV	07''	6	Un géant avec des grosses bottes - <i>rire</i>		G	F+	(H)	Choc
V	03''	7	Une chauve-souris <i>C'est bizarre quand même - rire</i>		G	F+	A	Ban Tend.choc
VI	06'' 12''	8	Bah j'sais pas, j'vois une tache J'vois rien de spécial	Un tapis de cheval mourut, ça se dit pas mourut je sais Un tapis de cheval mort	G	F+	A	Tend. refus Choc Ban
		9	Un tapis en peau d'animal morte là on dirait avec les moustaches					
		10	On dirait un cheval avec des moustaches qu'est en tapis, allongé					
VII	00''	11	Deux femmes qui se regardent	Deux femmes	G	K+	H	Symétrie
		12	Ou une femme devant un miroir	On dirait aussi les fées clochettes	G	F+	H	
		13	Mais deux femmes en tous cas	qui se regardent dans le miroir <i>(rép. Add)</i>	G	F+	H	

VIII	04''	14 15	Là on dirait des lézards sur l'herbe Puis j'sais pas là une grenouille <i>Est-ce que les gens ils voient comme moi ? - rire</i>	Là c'est des lézards La grenouille (<i>orange</i>) et là c'est de l'herbe (<i>vert</i>)(<i>rép. Add</i>)	D1+D8 D6+D7	FC+ F-	A/Bot A	Tend. choc
IX v ^	12''	16	Comme ça on dirait un bassin d'une femme Sinon j'vois pas J'vois pas grand chose	Un bassin de femme Et juste ça on dirait un nez, juste la tache là (<i>rép. Add</i>) Mais la tache avec le reste ça fait comme un bassin de femme, l'illustration d'un bassin de femme	G	F+	Anat	Choc Tend. refus
X v	00'' 07''	17	Ah elle est belle celle-là Bah je sais pas mais je trouve ça joli De l'art abstrait Mais j'aime bien en tous cas elle est jolie mais je vois rien de spécial en fait <i>Et en général ça donne quoi ?</i>	C'était joli j'aime bien	G	F+	Abstr.	Com. // couleur Tend. choc

Temps total : 16'30''

Choix + : VII : Les fées clochettes dans le miroir (rire).

X : Parce que c'est joli, j'aime bien mais je vois rien de spécial.

Choix - : IX : Parce que je vois pas grand chose hein.

I : L'ange et le monstre en même temps.

Pose des questions ++++ sur les planches, l'utilisation et le fonctionnement des taches, le choix des taches, etc. Besoin de réassurance ++++.

PSYCHOGRAMME Juliette

R : 17
R additives : 4
Refus : 0

Tps total : 16'30''
Tps/rep. Moyen :

G : 13	F: 13	H: 5	
G%: 81	F%: 81	Hd:	H%: 50
	F+% : 85	(H): 3	

D: 3	K: 2+	A: 6	
D%: 19	kan:	Ad:	A%: 37,5
	kp:	(A):	
Dd:	kob:		
Dd%:			

Dbl:	FC: 1	Ban : 4
Dbl%:	CF:	Elem :
	C:	Frag :
	FC':	Obj :
	C'F:	Anat : 1
	C':	Géo :
		Bot : 1

Choix + :	FE:	Scène :
Choix - :	EF:	Nature :
	E:	Arch :
		Abstr : 1

TRI : 2K/0,5C	FClob: 1+	Symb :
F. Compl. : 0kan/0E	ClobF:	Sang :
	Clob:	Sexe :

RC% : 25

Eléments qualitatifs : Sym. Pl. VII, II

IA% : 6

1.2.3. Analyse du protocole du Rorschach de Juliette

1.2.3.1. Clinique de la passation

La verbalisation de Juliette au test du Rorschach est plutôt inhibée avec une productivité restrictive (16 réponses) et un temps de passation également inférieur à la norme. Juliette pose des questions au cours de la passation concernant la consigne, le matériel, le choix des tâches, son analyse et ce qu'il peut nous apprendre, ainsi que sur la conformité de ses réponses par rapport « *aux gens* ». Cela traduit une certaine angoisse face à la situation de test et face au matériel avec un besoin de réassurance narcissique. Cela lui permet de se réinscrire dans le perceptif et la réalité externe comme défense contre les sollicitations latentes des planches. Cela traduit également un désir de « bien-faire », de correspondre à ce qu'elle imagine que l'on attend d'elle. L'on note également le besoin d'être « comme tout le monde », d'être en conformité avec les autres, ce qui s'avère problématique au travers de l'analyse du Rorschach. Les questions relèvent ainsi d'une certaine intellectualisation rendant compte de la tentative de mise à distance de la dynamique fantasmatique ainsi que d'un désir de conformité. Juliette manipule également certaines planches (I, II, III, IX, X). Elle les retourne (I, II, X) ou les prend seulement dans ses mains (III, IX). Cela traduit une manifestation d'angoisse face aux sollicitations pulsionnelles et fantasmatiques du matériel.

1.2.3.2. Analyse des processus de pensée

Les réponses globales dominent largement le protocole, et traduisent une prise de distance par rapport au matériel et à ses sollicitations pulsionnelles et fantasmatiques. L'on note par ailleurs, beaucoup de G simples qui traduisent un évitement, des défenses qui ne laissent rien passer de la vie interne et une certaine conformité.

Les réponses formelles sont supérieures à la norme, traduisant une vie affective étouffée, presque abrasée, d'autant que le TRI s'avère introversif avec une seule réponse FC dans le protocole.

La prévalence des F indique également le besoin de contrôle, la rigidité et insiste sur l'existence de limites stables entre monde interne et monde externe. Cela se vérifie avec un F+% quasi équivalent à la norme. Celui-ci indique également la prévalence de défenses rigides, du besoin de contrôle sur la vie interne et affective. Il traduit également une exactitude des processus perceptifs qui ne sont ainsi pas envahis par les processus primaires, les fantasmes ou les pulsions. Juliette semble ainsi s'en défendre. La bonne qualité formelle indique également un bon ancrage dans la réalité. Le F+% est cependant un peu en dessous de la norme. Cela traduit une déformation partielle de la réalité inhérente à l'expression du désir (ce qui traduit un

conflit entre instances psychiques) ou à l'incursion fantasmatique face aux sollicitations des planches, tout en pouvant s'appuyer sur la réalité externe.

Malgré tout, le nombre de banalités est légèrement inférieur à la norme ce qui implique une plus grande difficulté pour s'adapter à la vie sociale. Le monde extérieur apparaît d'ailleurs menaçant pour Juliette dans la mesure où la planche VIII est marquée par une mauvaise forme qui traduit une désorganisation sous le poids des fantasmes en jeu et l'angoisse suscitée. Juliette s'interroge également sur la conformité de ses perceptions par rapport aux « *autres* », à la norme. Il y a un désir d'être bien adapté mais l'adaptation au monde social apparaît plus fragile. Ce désir d'adaptation sociale apparaît également à travers un H% supérieur à la norme, traduisant une suradaptation qui est donc plus « de surface ». Le H% supérieur rend également compte de la tentative de contrôle face aux sollicitations fantasmatiques de la planche. En effet, les mauvaises formes sont exclusivement associées à des réponses animales, plus régressives (planches VI et VIII).

Nous évoquions précédemment une vie affective réprimée, étouffée, voire abrasée sous le poids des défenses rigides. Cela est renforcé par un RC% inférieur à la norme qui traduit une sensibilité limitée à l'environnement. Autrement dit, Juliette se laisse peu imprégner par l'environnement. Ce dernier semble en effet menaçant pour elle puisque la confrontation à la planche VIII, à la fois pastel et renvoyant aux relations avec le monde extérieur, vient désorganiser Juliette. Elle reste néanmoins plus sensible aux couleurs pastel qu'à la couleur rouge.

Le monde interne de Juliette semble moins défendu que la sensibilité affective. En effet, l'on note des kinesthésies humaines aux planches III et VII, ainsi qu'à la planche II à l'enquête. Cela traduit dès lors l'investissement du monde fantasmatique, du monde interne. Il s'agit cependant de K statiques qui rendent de nouveau compte du contrôle sur les mouvements pulsionnels qui sont alors réprimés. Le conflit entre désir et défenses est évité. Par ailleurs, les réponses globales sont essentiellement associées à des formes de bonne qualité ce qui implique une pensée opérante.

La pensée apparaît mobilisée et opérante chez Juliette. Elle semble cependant investie défensivement face aux mouvements pulsionnels réprimés. Elle est associée à une prévalence du perceptif qui domine dans quelque chose de rigide, du contrôle sur la vie affective notamment ainsi que sur la vie interne et fantasmatique de Juliette. Les frontières entre monde interne et monde externe apparaissent stables mais il nous semble que ce soit au prix de ces lourdes défenses rigides. Celles-ci sont néanmoins opérantes dans leur rôle défensif mais ne permette pas une sensibilité à l'environnement ni aux affects. La première apparaît

potentiellement désorganisant pour Juliette. Malgré une tentative d'adaptation au monde social, cela s'avère fragile.

1.2.3.3. Représentations de soi, narcissique

La prévalence de bonnes formes associées à des contenus humains entiers garanti une représentation de soi intègre et une possibilité d'identification à l'espèce humaine. Cela est renforcé par la présence de kinesthésies humaines, bien qu'elles soient statiques (planches III, VII) et d'une kinesthésie de mouvement à l'enquête (planche II). La réponse de la planche V correspond à une banalité et donc à une bonne forme. Cela rend compte de l'absence de problématique identitaire chez Juliette.

L'on ne note pas la présence de réponses « peau », ni de F+/- dans le protocole de Juliette. Il n'est pas non plus question d'une effraction par le sensoriel du fait d'un contrôle opérant des G et des F+. L'on note cependant des réponses traduisant des contours flous aux planches I (« une sorte de monstre ») et II (« une femme bizarre » à l'enquête). Cela nous semble correspondre plus à une tentative de mise à distance de la représentation angoissante à la planche I et de la sexualité à la planche II, qu'à une réelle problématique des limites. Nous avons néanmoins noté des réponses symétriques aux planches II (enquête) et VII (« une femme devant un miroir »). Cela traduirait plutôt l'existence d'une problématique narcissique chez Juliette.

Il apparaît une problématique identificatoire chez Juliette dans la mesure où elle identifie un personnage féminin avec des composantes phalliques à la planche II (enquête). Elle reconnaît le personnage féminin à la planche VII. Par ailleurs, elle identifie également une figure phallique puissante à la planche IV. La planche VI entraîne d'abord un refus face à la reconnaissance de la sollicitation phallique de la planche puis une réponse banalisée qui lui permet d'éviter la sollicitation sexuelle. Elle évoque ensuite de nouveau une figure masculine puissante qui vient la désorganiser transitoirement du fait de l'angoisse sous-jacente, associé à une forme de déni de la castration. Enfin, Juliette évoque « un couple » à la planche III qui pourrait renvoyer à la reconnaissance de la bisexualité, néanmoins cela peut également renvoyer à de l'indifférenciation dans la relation orale (« un couple qui mange »).

1.2.3.4. Représentations de relations

La présence de kinesthésies ne soutient cependant pas la relation. Ainsi, les kinesthésies aux planches III et VII sont des K statiques qui rendent compte de l'évitement de la relation et d'un traitement narcissique. Elles traduisent également l'évitement du pulsionnel. La

kinesthésie de mouvement notée à l'enquête à la planche II soutient l'existence d'un mouvement pulsionnel mais celui-ci reste menaçant avec une perception aux contours plus flous (« bizarre »). Par ailleurs, cette kinesthésie est également narcissique.

La planche VII permet l'identification de personnages féminins mais le mouvement pulsionnel reste gelé par la répression (K statique). Cette représentation alterne avec une représentation symétrique narcissique. Juliette peut se laisser aller à la régression à l'enquête mais toujours dans une problématique narcissique. L'imgo maternelle apparaîtrait cependant structurante quant au féminin. Cette dernière apparaît cependant clivée entre bon et mauvais objet à la planche I (« ange » vs « monstre »), source d'angoisse dont Juliette se défend par des procédés maniaques. La planche IX est marquée par l'intellectualisation puis l'inhibition face au mouvement régressif et à l'imgo maternelle archaïque. L'enquête rend compte d'une désorganisation avec un G contaminé que Juliette met à distance par le biais de l'intellectualisation, défense opérante.

Les planches paternelles (IV et VI) sont marquées par la reconnaissance du symbolisme phallique et par le refoulement à travers les défenses maniaques (planche IV). La planche VI est plus angoissante pour Juliette qui oppose dans un premier temps un refus, traduisant probablement l'angoisse face à la passivité. Celle-ci s'articule en effet à des composantes mortifères à l'enquête. La représentation phallique s'avère cependant angoissante et désorganisante à travers un G contaminé

La planche VIII renvoyant à la rencontre avec l'environnement est, comme nous l'avons déjà noté, vient désorganiser Juliette. L'angoisse est présente autant face à l'étranger que dans un désir de conformisme.

Enfin, Juliette se laisse aller à la régression à la planche X du fait de la sensibilité à la couleur qui n'est cependant pas nommée ni intégrée à une représentation. La planche reste cependant investie sur une valence positive bien qu'elle soit marquée par l'inhibition et l'intellectualisation et ainsi le contrôle face à la confrontation à la séparation. Cela pourrait signaler une problématique de perte associée.

L'on note également le thème de l'oralité et de la relation orale à la planche III (« *un couple qui mange* »). Il ne s'agit pas d'une relation génitalisée.

1.2.3.5. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

Nous avons déjà évoqué l'angoisse dans le protocole de Juliette. Elle nous semble plus relever de l'angoisse de perte d'objet dans la mesure où la problématique se joue principalement sur l'évitement relationnel et la confrontation au monde extérieur, au monde social. La

problématique est narcissique. Il ne s'agit en aucun cas d'une problématique identitaire. La question de la castration apparaît également mais semble moins prégnante dans le protocole.

Les défenses rigides sont prévalentes avec notamment l'investissement du perceptif et de la réalité externe au détriment des affects et du monde interne (G% supérieur à la norme, F% supérieur à la norme). L'on note également le grand renfort de l'intellectualisation, ainsi que des précautions verbales et l'isolation. Les défenses labiles telles que la régression et le refoulement sont également opérantes. L'inhibition, l'évitement et la répression des affects sont enfin très représentés. L'ensemble des défenses sert d'ailleurs l'évitement du conflit et des mouvements pulsionnels. Les défenses primaires sont également notées à travers le clivage, l'idéalisation/dévalorisation et l'identification projective.

1.2.3.6. Conclusion

Il apparaît que les défenses rigides sont opérantes chez Juliette dans une mise à distance, une répression massive de la vie pulsionnelle, des conflits, et des relations. L'on note néanmoins la possibilité d'investir sa vie interne. Elle tend vers un désir d'adaptation à la réalité externe mais cela reste fragile d'autant que cette dernière apparaît comme menaçante pour Juliette. De même pour les relations qui sont évitées massivement à travers la specularité et un évitement du pulsionnel. Cela rend compte d'une certaine dévitalisation. Cela traduit la prévalence d'une problématique narcissique probablement associée à une problématique de perte d'objet. La relation à l'autre pourrait également se révéler trop excitante pour Juliette. Malgré tout, l'on se pose la question d'une organisation œdipienne possible.

1.2.4. Protocole du TAT de Juliette

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: C'est bizarre. Ben j'dirais que c'est un enfant puni. Il est puni, il a pas le droit de jouer au violon. J'sais pas. On dirait qu'il en veut à quelqu'un. *A qui ?* J'sais pas, à son professeur ou ses parents. Ouais on dirait qu'il est puni, bon qu'il a pas le droit de jouer au violon peut être pas mais moi j'dirais qu'il en veut à quelqu'un.

Procédés du discours : C'est bizarre [B21]. Ben j'dirais [A31] que c'est un enfant puni. Il est puni, il a pas le droit de jouer au violon [A11 ; B23 ; CI2]. J'sais pas [CI1]. On dirait qu'il en

veut à quelqu'un [A31 ; B22 ; B12 ; CI2]. A *qui* ? J'sais pas, à son professeur ou ses parents [CI1 ; B21 ; B33]. Ouais on dirait qu'il est puni [A31 ; A31 - remâchage ; CI2], bon qu'il a pas le droit de jouer au violon peut être pas mais moi j'dirais qu'il en veut à quelqu'un [A32 ; A31 ; A24 ; A31 - remâchage ; B22 ; B12 ; CI2].

Problématique de la planche : *L'immaturation fonctionnelle, autrement dit l'impuissance, et la reconnaissance de la castration sont dominées par la question de la punition par un tiers extérieur. Le conflit se joue sur la sphère interpersonnelle. La castration « imposée » est source d'affects agressifs à l'encontre d'un personnage anonymé dans un premier temps, puis identifié comme figure d'autorité (figures parentales et professeur) suite à la question de la clinicienne. Finalement, la castration est remise en question et les affects agressifs priment. La castration est donc reconnue puis éludée et est source d'affects agressifs par rapport aux figures interdictrices, frustrantes.*

Planche 2: (11 secondes) On dirait qu'elle est jalouse en fait. Ben j'sais pas, en fait qu'elle regarde bizarre et qu'elle est jalouse parce que je sais pas, par exemple y a sa copine qui regarde (« rires »). *Elle regarde quoi ou qui ?* Le monsieur au milieu, peut-être quelqu'un qu'elle est amoureuse. Enfin j'sais pas mais on dirait qu'y a de la tristesse dans ses yeux. Enfin, qu'elle est jalouse ou qu'elle est triste à cause du monsieur.

Procédés du discours : (11 secondes) On dirait [A31] qu'elle [CI2] est jalouse [B22] en fait. Ben j'sais pas [CI1], en fait qu'elle regarde bizarre et qu'elle est jalouse [A11 ; A31 ; B22] parce que je sais pas, par exemple y a sa copine qui regarde (« rires ») [B11 ; A11 ; CI2 ; CM3]. *Elle regarde quoi ?* Peut-être quelqu'un qu'elle est amoureuse [A31 ; B32]. Enfin j'sais pas mais on dirait qu'y a de la tristesse dans ses yeux [A31 ; B22]. Enfin, qu'elle est jalouse ou qu'elle est triste à cause du monsieur [A24 ; B23 ; B22].

Problématique de la planche : *La triangulation œdipienne est reconnue par Juliette. La rivalité entre les deux femmes est traitée, de même que les mouvements pulsionnels libidinaux. Néanmoins, il n'y a pas de reconnaissance de l'interdit œdipien. L'on note d'ailleurs l'ambivalence entre les affects de jalousie et de tristesse.*

Planche 3BM : C'est... On dirait, c'est un homme en garde à vue qu'à fait, je sais pas, fait des bêtises. Enfin un délit, un crime et qui s'en veut. (« rires »). C'est bizarre hein !

Procédés du discours : C'est... On dirait [A31], c'est un homme en garde à vue qu'à fait, je sais pas, fait des bêtises, enfin un délit, un crime, et qui s'en veut [A11 ; CI2 ; E23 ; CN2- ; B22]. (« rires ») [CM3]. C'est bizarre hein ! [B21]

Problématique de la planche : *La problématique dépressive de la planche est traitée sur le plan de la transgression des interdits, de la punition et du sentiment de culpabilité.*

Planche 4: Heu, un couple et le monsieur il veut s'en aller et la femme elle le retient. Enfin c'est ce que je vois...

Procédés du discours : Heu, un couple [B32] et le monsieur il veut s'en aller et la femme elle le retient [B23]. Enfin c'est ce que je vois... [A31 ; CI1]

Problématique de la planche : *L'ambivalence pulsionnelle est identifiée dans un conflit interpersonnel. L'angoisse de perte d'objet est mise à distance par des défenses rigides et par un récit très inhibé.*

Planche 5: Une dame qui vient voir dans la chambre de son enfant ou de son mari, voir si tout va bien. Elle a l'air inquiète. Je sais pas. Elle est effrayée.

Procédés du discours : Une dame [CI2] qui vient voir dans la chambre de son enfant ou de son mari [A11 ; A12 ; B12 ; B33], voir si tout va bien [B32]. Elle a l'air inquiète [A31 ; B13 ; B31 ; CI2]. Je sais pas [CI1]. Elle est effrayée [B22 ; B31 ; CI2].

Problématique de la planche : *La figure féminine oscille entre une mère et une épouse/femme. La figure féminine est porteuse de la pulsion scopique et de la curiosité sexuelle avec le symbolisme transparent. La verbalisation d'affects forts, exagérés est mis en avant pour lutter contre l'émergence des représentations sexuelles.*

Planche 6GF : (11 secondes) Des gens qui, qui débattent sur quelque chose d'important, sur un sujet important j'pense.

Et elles veulent dire quelque chose à la base ou pas ? Ces fiches-là ? Est-ce qu'elles ont une histoire particulière à la base ?

Procédés du discours : (11 secondes) Des gens [CI2] qui, qui débattent sur quelque chose d'important, sur un sujet important j'pense [A11 ; B11 ; CI2 ; A31].

Et elles veulent dire quelque chose à la base ou pas ? Ces fiches-là ? Est-ce qu'elles ont une histoire particulière à la base ? [CM1 ; B21]

Problématique de la planche : *Le discours est marqué par l'inhibition. La sexualité des personnages est absente. Juliette évite ainsi la confrontation avec les fantasmes de séduction hystérique et/ou incestueux. La relation entre les personnages est néanmoins présente mais dans une valence agressive bien qu'intellectualisée. Face à la problématique de la planche, Juliette fait appel au clinicien sous forme de questions sur le matériel, leur sens, leur histoire dans un besoin de réassurance et d'intellectualisation.*

Planche 7GF : (7 secondes) C'est un bébé qu'elle a dans les bras ? *ça peut*. Ouais, j'dirais que (silence 8 secondes) c'est une maman qui lit une histoire à sa fille. Je pense que c'est une poupée d'ailleurs parce qu'elle a l'air jeune. Puis, elle lui lit une histoire ou elle l'aide à faire ses devoirs (silence 5 secondes) *Et la fille ?* Elle s'en fiche (« rires »)

Procédés du discours : (7 secondes) C'est un bébé qu'elle a dans les bras ? [A11 ; CI2]. *ça peut*. Ouais, j'dirais que (silence 8 secondes) [A31 ; CI1] c'est une maman qui lit une histoire à sa fille [A11 ; B11]. Je pense que c'est une poupée d'ailleurs parce qu'elle a l'air jeune [E31 ; E42]. Puis, elle lui lit une histoire ou elle l'aide à faire ses devoirs [A11 ; B11 ; CM1+ ; A31] *Et la fille ?* Elle s'en fiche (« rires ») [E23 ; CM3]

Problématique de la planche : *Le rapproché mère-fille entraîne une confusion des identités. Juliette parvient à contenir l'émergence des processus primaires à l'aide d'un recours à la réalité externe. La fonction d'étayage de la mère apparaît également. Le rapproché mère-fille entraîne néanmoins un mouvement de rejet, un évitement de la relation associé à de l'agressivité de la part de la fille mais toujours couplé à des procédés maniaques pour gérer l'angoisse dépressive. La problématique de la planche sollicite Juliette dans une réactualisation de l'ambivalence dans la relation mère-enfant qui prédomine en terme de proximité et de rejet.*

Planche 9 GF : C'est... Elle est une femme qui espionne une autre femme. Je sais pas, pour voir, si son conjoint l'a trompé pas ou quelque chose comme ça.

Procédés du discours : C'est une femme qui espionne une autre femme [A11 ; E22 ; B24]. Je sais pas, [CI1] pour voir, si son conjoint l'a trompé pas ou quelque chose comme ça [B12 ; B32 ; E22 ; B23 ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique œdipienne est au premier plan avec la rivalité féminine autour d'un tiers, objet d'amour, introduit dans le discours. Les fantasmes apparaissent crus. Au-delà de la problématique œdipienne, c'est la problématique de perte de cet objet d'amour qui est présente mais éludée à l'aide de l'inhibition.*

Planche 10 : C'est un couple en train de, en parade nuptiale, et puis après, entre guillemets (« rires »), et après j'sais pas ils vont faire l'amour j'pense.

Procédés du discours : C'est un couple [B32] en train de... [CI1], en parade nuptiale [E41 ; CN3], et puis après, entre guillemets (« rires ») [CM3 ; A31], et après j'sais pas ils vont faire l'amour j'pense [CI1 ; B32 ; E23].

Problématique de la planche : *La craquée verbale associée à l'investissement narcissique témoigne de la défaillance des processus secondaires sous l'impact du fantasme sexualisé face à l'érotisation des relations. Les mouvements pulsionnels débordent Juliette. Celle-ci peut néanmoins se reprendre en s'appuyant sur des procédés maniaques et rigides et évoquer une relation sexualisée sans que cela ne l'envahisse. Le discours reste cependant marqué d'une expression crue à thématique sexuelle.*

Planche 11 : (7 secondes) On voit pas bien. C'est un dragon là ? *Hum, ça peut.* Ben j'sais pas là. Je vois des gens mais je suis pas sûre en fait. Je dirais qu'ils s'enfuient parce qu'ils ont vu un dinosaure et ils ont peur.

Procédés du discours : (7 secondes) On voit pas bien [B21 ; CL2]. C'est un dragon là ? [CM1] *Hum, ça peut.* Ben j'sais pas là [CI1]. Je vois des gens [CI2] mais je suis pas sûre en fait [A31]. Je dirais qu'ils s'enfuient parce qu'ils ont vu un dinosaure et ils ont peur [A31 ; B24 ; B22].

Problématique de la planche : *La planche vient solliciter la représentation d'une mère archaïque angoissante. La dramatisation et les procédés rigides restent néanmoins opérants bien qu'il ne soit pas question de l'issue de la fuite.*

Planche 13B : Un p'tit garçon qu'a été abandonné ou oublié à la plage, ou ailleurs. Enfin il a été abandonné, oublié je sais pas. Il a l'air triste. Triste ou inquiet. *Pourquoi ?* Ben parce qu'on l'a oublié ou abandonné, je sais pas, ou alors c'est la guerre. Je sais pas.

Procédés du discours : Un p'tit garçon qu'a été abandonné ou oublié à la plage, ou ailleurs [A11 ; CM1- ; E23 ; A31 ; CM1- ; A12 ; A31]. Enfin il a été abandonné, oublié je sais pas [CM1- ; E23 ; CM1- ; A31]. Il a l'air triste [A31 ; B22]. Triste ou inquiet [B22 ; B22 ; A24 ; B23]. *Pourquoi ?* Ben parce qu'on [CI2 ; B12] l'a oublié ou abandonné [CM1- ; A31 ; CM1- ; E23 ; A31 - remâchage], je sais pas [CI1]. Ou alors c'est la guerre [A34 ; E23 ; B23]. Je sais pas [CI1].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche renvoie Juliette à une problématique d'abandon associé à des affects dépressifs. Juliette ne peut se dégager des angoisses de perte qu'en introduisant un événement extérieur. C'est la question de l'abandon qui domine avec une difficulté à s'en dégager.*

Planche 13MF : C'est un mari triste parce que sa femme elle est morte. Il pleure.

Procédés du discours : C'est un mari [B23] triste [B22] parce que sa femme [B23] elle est morte [E23] [A11]. Il pleure [B22].

Problématique de la planche : *La représentation de perte de l'objet d'amour est associée à des affects dépressifs. Il n'y a cependant pas d'articulation, de liaison entre pulsion agressive et libidinale. Le récit ne peut être conflictualisé. La pulsion agressive est absente et c'est la représentation mortifère qui domine dans la problématique de perte de l'objet d'amour.*

Planche 19 : On dirait un bateau sur l'eau, avec des grosses vagues. C'est le chaos.

Procédés du discours : On dirait un bateau sur l'eau, avec des grosses vagues [A31 ; A11]. C'est le chaos [E23 ; E22].

Problématique de la planche : *Juliette reste accrochée au contenu manifeste de la planche. Elle fait référence aux limites et aux contours, ce qui vient assurer ici la limite entre dedans et dehors. Néanmoins, il apparaît une représentation du dehors persécutrice. Par ailleurs, le « chaos » interroge une possible confusion des limites internes et externes. La réactivation de la problématique archaïque persécutrice l'empêche ainsi de construire un récit conflictualisé.*

Planche 16 : D'accord (« rires »). Ben, il était une fois (« rires »). Je sais pas. Il était une fois, un couple heureux, avec, qui vivait très heureux avec leurs enfants. Tout allait bien. Ils avaient des animaux, des lapins. Et puis je sais pas, un malheur il leur arrive. Je sais pas si on le dit comme ça d'ailleurs. Mais y a un malheur qui leur arrive. Je sais pas. Soit ils gardent le plus précieux de leurs animaux ou un de leurs enfant est très malade. Et ils pensent que c'est Dieu qui les a punit. Je sais pas. *C'est bizarre non ?*

Des fois vous devez nous prendre pour des folles hein ?

Et en fait par rapport à ça vous pouvez évaluer quoi ?

Procédés du discours : D'accord (« rires ») [CM3]. Ben, il était une fois (« rires »). Je sais pas [CI1]. Il était une fois, un couple heureux, avec, qui vivait très heureux avec leurs enfants [A11 ; B32 ; CN2+ ; E23+]. Tout allait bien [CN2+]. Ils avaient des animaux, des lapins [CF1]. Et puis je sais pas, un malheur il leur arrive [CI1 ; B23 ; E22- ; E23- ; CL4]. Je sais pas si on le dit comme ça d'ailleurs [B21]. Mais y a un malheur qui leur arrive [A31- remâchage]. Je sais pas [CI1]. Soit ils gardent le plus précieux de leurs animaux ou un de leurs enfant est très malade [E41 ; E14 ; E22 ; E23]. Et ils pensent que c'est Dieu qui les a punit [E22]. Je sais pas [CI1]. *C'est bizarre non ?* [B21]

Des fois vous devez nous prendre pour des folles hein ? [CM1]

Et en fait par rapport à ça vous pouvez évaluer quoi ? [CM1]

Problématique de la planche : *Le récit de Juliette fait étroitement référence à ses angoisses en tant que mère, qu'il arrive quelque chose à ses enfants et notamment que sa fille soit « très malade ». Cela est associé à la punition divine, à une instance punitive voir persécutrice, extérieure. Cela pourrait renvoyer à la castration par rapport à l'investissement narcissique-phallique de l'enfant ou du plus précieux de leurs animaux. Cela renvoie également à l'angoisse de perte de ces objets investis. La punition pourrait renvoyer à celle de la mère du*

fait de la réalisation des fantasmes incestueux. L'on repère un clivage entre représentations très idéalisées et perte de l'objet.

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 Investissement de la relation –	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 +	E11
A12 +	B12 ++	CF2	E12
A13	B13 +		E13
A14	B14	CI – Inhibition +++	E14 +
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe –	B2 Dramatisation -	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21	B21 ++	CI3	E21
A22	B22 +++		E22 ++
A23	B23 ++	CN – Investissement narcissique	E23 +++
A24 +	B24 +	CN1	
		CN2 +	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux –
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3 +	E31 +
A31 +++	B31 +	CN4	E32
A32 +	B32 ++	CN5	E33
A33	B33 +		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41 +
		CL2 +	E42 +
		CL3	E43
		CL4 +	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 +++	
		CM2	
		CM3 ++	

1.2.5. Analyse du protocole du TAT de Juliette

1.2.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole de Juliette est marqué par la présence de tous les types de procédés du discours (rigides, labiles, évitement du conflit, émergence des processus primaires). Cela implique donc une richesse du fonctionnement mental. Cependant, il apparaît que les procédés de la série B (labilité) dominent le récit de Juliette et particulièrement les procédés rendant compte de la dramatisation et les procédés hystériques. Le monde interne de Juliette est investi comme une scène de théâtre où les conflits s'expriment par la mise en scène d'événements, de situations relationnelles et/ou la mise en avant d'affects suggérés par le matériel. L'on note ainsi la présence d'affects libidinaux et dépressifs ainsi que des affects agressifs plus refoulés. L'on note également la mise en relation et des relations érotisées (planches 2, 4, 5, 9GF, 10 et 16).

Les procédés rigides sont également très présents, essentiellement témoin du doute signalant le poids des défenses face aux problématiques soulevées par les planches.

L'on note par ailleurs, des désorganisations transitoires du récit avec l'émergence de processus primaires qui viennent déborder Juliette aux planches 7GF et 16. Cela traduit une effraction par la fantasmagie des planches mais Juliette est en capacité de contenir ces mouvements projectifs avec des procédés rigides, labiles ou encore des procédés rendant compte de l'évitement du conflit.

L'on note d'ailleurs une présence massive de procédés CI (inhibition) traduisant une tendance générale à la restriction. Néanmoins, ceux-ci sont associés aux procédés du doute ou à ceux renvoyant au fonctionnement labile. Ils rendent ainsi compte du refoulement face aux problématiques soulevées par les planches. Cela permet d'éviter le conflit psychique pourtant reconnu. Des procédés renvoyant à l'investissement narcissique et à l'instabilité des limites sont également notés mais restent circonscrits à des planches spécifiques : la planche 16 pour les procédés CN et les planches 11 et 16 pour les procédés CL. Cela laisse entendre la présence d'une problématique narcissique sous-jacente à une problématique plutôt hystérique chez Juliette. L'on note également un recours massif aux procédés antidépressifs CM1 (accent porté sur la fonction d'étayage de l'objet) aux planches 6GF marquée par l'inhibition qui traduit l'impact de la fantasmagie de la planche et l'angoisse face au rapproché incestueux, et 13BM, traduisant la problématique de perte. Par ailleurs, l'on note également le recours au procédé maniaque qu'est le rire (planche 2, 3BM, 7GF, 10 et 16) et qui traduit la présence d'angoisse face à aux problématiques des planches.

1.2.5.2. Synthèse des problématiques

Malgré l'accent porté sur des relations érotisées, et la reconnaissance de la triangulation œdipienne, le renoncement pour l'objet œdipien est impossible pour Juliette. La proximité des désirs incestueux (planche 6GF) empêche le récit de se développer. Par ailleurs, la relation érotisée à la planche 10 est source d'un envahissement transitoire des processus primaires du fait d'une excitation pulsionnelle libidinale difficilement maîtrisable face à une planche où les personnages sont difficilement identifiables au niveau des sexualités. La planche 5 renvoie également à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive.

La problématique de perte d'objet est traitée sur le mode de la culpabilité et de la punition face à la transgression des interdits dans un premier temps planche 3BM. En revanche, elle domine à la planche 13B mais la liaison entre représentations d'abandon et affects dépressifs existe. De même, planche 13MF où la représentation de la mort de l'objet est associée à des affects et des manifestations dépressives. Il n'est cependant pas question de mouvements agressifs à cette planche. La position dépressive apparaît ainsi partiellement élaborée.

L'imaginaire maternel archaïque est angoissant et menaçant pour Juliette dont les défenses restent malgré tout opérantes. La planche 19 laisse cependant apparaître une problématique archaïque persécutrice. Le rapproché mère-fille à la planche 7GF vient désorganiser le récit sous la forme d'une confusion identitaire. La problématique de la planche sollicite Juliette dans une réactualisation de l'ambivalence dans la relation mère-enfant qui prédomine en terme de proximité et de rejet. Ce dernier est associé à de l'agressivité de la part de la fille mais toujours couplé à des procédés maniaques pour gérer l'angoisse dépressive. L'identification à la figure maternelle apparaît dès lors compromise. Par ailleurs, la rivalité œdipienne n'est pas abordée dans une reconnaissance de la figure maternelle à la planche 2. Cela signe une difficulté à aménager l'agressivité à son encontre.

La planche 16 laisse apparaître une problématique plus narcissique sous-jacente chez Juliette. Par ailleurs, la question de la castration et de l'angoisse de perte d'objet (enfant et animal investis sur le plan narcissique et phallique) s'entremêlent avec la référence à une instance extérieure punitive. Cette référence à la castration comme résultat d'une punition est également présente à la planche 1. Cela entraîne, à cette première planche, des affects agressifs à l'encontre de l'instance punitive et interditive. L'on peut alors penser que la castration n'est pas bien intégrée, d'autant que le renoncement à l'objet œdipien ne l'est pas non plus. La castration renvoie Juliette à une attaque narcissique et, à minima, à l'angoisse de perte d'objet. Face à la planche 16, la punition peut être celle de la mère toute-puissante face à la réalisation du fantasme œdipien incestueux très présente chez Juliette.

1.2.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Juliette

Le fonctionnement de Juliette s'avère très hétérogène. En effet, son discours lors des entretiens est marqué par la description et des exemples et détails factuels et concrets. Les affects sont peu présents. Nous sommes frappées par les références massives de Juliette à autrui pour à la fois banaliser et « soutenir » ses propos. Elle introduit ainsi toujours des propos anonymes qu'elle s'attribue par la suite. Cela lui permet également d'introduire la conflictualisation psychique avec des représentations contrastées qui restent cependant souvent projetées sur l'extérieur. L'appui sur autrui ou sur les normes permet ainsi de soutenir la conflictualisation psychique par moment et de complètement l'éviter à d'autres, dans quelque chose du clivage. L'étayage sur les références à autrui ou aux normes lui permet de « valider » ses propres pensées. L'on se questionne sur un éventuel vide interne qui pourrait expliquer ce recours massif aux références externes et que l'on pourrait mettre en lien avec le sentiment d'un discours « plaqué », presque inauthentique lorsqu'elle aborde certaines thématiques. Le recours à la rationalisation et les précautions verbales restent également prévalent pour mettre à distance la conflictualisation.

Les défenses labiles, rigides et surtout les références très importantes à la réalité externe qui oscille entre procédés rigides et évitement du conflit s'avèrent opérantes. L'on repère néanmoins des désorganisations du discours avec l'émergence de processus primaires à travers des représentations sexuelles et agressives crues et une confusion des identités entre son fils et sa fille. La projection sur l'extérieur est également prévalente face aux fantasmes et angoisses mortifères.

Le fonctionnement psychique de Juliette apparaît cependant mieux intégré au protocole du Rorschach avec des défenses rigides, labiles et d'évitement du conflit opérantes puisque les limites entre monde interne et monde externe sont stables et désorganisées de façon très transitoire en lien avec des problématiques spécifiques. Néanmoins, l'évitement du conflit, du monde pulsionnel et de la relation domine. Le protocole est traité sur un mode narcissique. La relation pourrait s'avérer trop excitante pour Juliette. Enfin, l'on note un désir de conformité, avec toujours des comparaisons par rapport à la norme et « aux autres ». Cela nous renvoie au besoin de toujours s'appuyer sur autrui pour étayer ses pensées et propos. L'adaptation sociale apparaît fragile.

Le protocole du TAT rend compte d'autres modalités qui mettent de nouveau en lumière l'hétérogénéité du fonctionnement de Juliette. Les procédés hystériques et de dramatisation

dominant associés au doute et favorisent la conflictualisation psychique. L'effraction fantasmatique transitoire reste contenue.

Les entretiens sont marqués par la relation de dépendance aux objets (parents et enfants) avec l'angoisse de perte d'amour de l'objet et une demande de reconnaissance et d'affection massive. La question du manque semble s'articuler à la fois en termes de perte d'objet et de castration. La référence à la punition (castration) s'observe notamment au test du TAT. L'on se questionne cependant sur l'existence d'un surmoi bien intériorisé à travers la recherche permanente d'étayage sur autrui et notamment sur des figures interdictrices. Ainsi, face aux angoisses que son fils soit violent, Juliette rationalise : « l'éducation ça y fait aussi mais bon y'a des gens ils éduquent très bien leurs enfants. C'est... C'est des juges, des procureurs, des gendarmes et leurs enfants ils dégènèrent. ». Le recours à un surmoi extérieur représenté par l'autorité judiciaire est défaillant. L'autorité judiciaire pourrait-elle représenter ses propres parents qui, malgré leur éducation, n'ont pas pu empêcher qu'elle soit attirée par les « mauvaises fréquentations » ? Cela peut-il vouloir dire que, malgré l'éducation qu'elle donnera à ses enfants, ceux-ci ne pourront que « finir mal » corroborant ses craintes ? Dédouane-t-elle ses parents du fait d'avoir « mal tourné » en ayant recours à des symboles de la loi qui n'ont pas mieux réussi avec leurs enfants ? Qu'en est-il du rapport à la loi puisque ses représentants sont mis à mal ? Est-ce une façon de la dénigrer, ce qui implique néanmoins sa reconnaissance ? Et pourtant il nous semble que la loi externe fait office d'étayage pour Juliette (autorité judiciaire = bonne éducation). Cela traduit, associée à la nécessité d'étayage sur la réalité externe, une carence d'intériorisation des objets internes et la fragilité d'un surmoi internalisé. Néanmoins, elle fait référence à la punition aux planches 1 et 16 du TAT. La problématique dépressive apparaît également malgré tout partiellement élaborée à ce même test puisque Juliette lie affects dépressifs et représentations de perte. Pour autant, la rivalité œdipienne est source d'angoisse de perte et le renoncement à l'objet ne peut être élaboré. L'excitation face à la sexualité apparaît également prévalente. La sexualité est ainsi enviée mais également dangereuse et évitée. Les fantasmes autour de la sexualité féminine sont crus et projetés sur sa fille.

L'on note ainsi des éléments plus névrotiques hystériques dans le fonctionnement de Juliette avec des possibilités de conflictualisation psychique, un investissement de son monde interne et des procédés secondarisés opérants. Mais cela s'articule avec des modalités de fonctionnement moins intégrées à travers des modalités relationnelles anaclitiques, l'envahissement fantasmatique sexuel et mortifère, des mécanismes défensifs archaïques (projection notamment) et la référence massive à la réalité externe. L'on insistera également sur

le désir de conformité observé lors des entretiens et du test du Rorschach, en parallèle justement d'une socialisation et d'une adaptation qui apparaissent en réalité défaillantes. Cela s'articule avec le sentiment d'étrangeté (pas au sens psychotique du terme) que l'on a ressenti par moment lors des entretiens dans quelque chose d'un manque d'authenticité malgré le désir de paraître tout à fait adaptée, avec un discours qui semblait « plaqué », n'appartenant pas réellement à Juliette.

La grossesse et le fœtus étaient très peu investis par Juliette lors du premier entretien à contrario de son fils aîné. L'angoisse de perte de l'amour de l'objet était dominante mettant en évidence une relation anaclitique.

Le cas de Juliette est cependant dominé par le poids d'antécédents traumatiques cumulatifs de grossesses dans les grossesses suivantes. En effet, le faible investissement de cette dernière grossesse et du fœtus de sexe féminin était également lié à une Interruption Médicamenteuse de Grossesse (IMG) et à deux fausses couches. Le lien s'est fait dans la psyché de Juliette entre mort fœtale et sexe féminin.

Ces angoisses de mort ont perduré à la naissance de sa fille et tout le long de sa première année de vie. Elles se sont par ailleurs articulées avec des angoisses de maladie et de handicap qui font écho à l'annonce des troubles du développement de son fils aîné. Cette annonce rend encore plus massif le traumatisme cumulatif. Les angoisses de morts à l'égard de ses deux enfants mettent également en évidence les vœux de mort de Juliette à leur égard qui sont projetées sur l'extérieur. Les consommations de drogues pendant les deux grossesses témoignent également de ces désirs de mort. Les deux enfants n'ont ainsi pas remplacé l'« objet-drogue ». Néanmoins, les consommations d'héroïne s'avèrent beaucoup moins massives pendant cette dernière grossesse. L'on peut alors penser que les grossesses précédentes et la naissance de son fils, ainsi que le traitement de substitution, ont favorisé des remaniements psychiques qui ont permis une meilleure intégration des reviviscences infantiles et des mouvements pulsionnels. Malgré tout, cela reste partiel puisque l'ambivalence à l'égard des consommations reste massive et que des consommations ont eu lieu au cours de cette dernière grossesse. Celles-ci pouvaient avoir fonction de limiter les angoisses de mort de Juliette tout en traduisant les vœux de mort inconscients.

La problématique toxicomane s'articule avec la tendance au vol comme demande d'amour et de reconnaissance, et avec les troubles alimentaires de Juliette. La problématique du manque domine. L'on peut penser, à travers les éléments que l'on connaît de l'histoire de Juliette, que la problématique toxicomane s'est installée à la fois comme tentative de mise à

distance de fantasmes incestueux trop excitants car potentiellement réalisables, et comme tentative de séparation face aux figures parentales avec désir sous-jacent de retrouvailles, de recherche de liens. La fugue puis la première grossesse à l'adolescence représentent d'autres mises en actes qui corroborent cette hypothèse. La problématique de séparation-individuation ne semble encore pas élaborée par Juliette aujourd'hui.

Le faible investissement de sa fille pendant la grossesse pouvait laisser craindre des troubles dans les relations mère-enfant. Finalement, sa fille apparaît de plus en plus investie, probablement en miroir des attaques narcissiques subies à la connaissance des troubles de son fils. En effet, il n'occupe plus la place d'objet valorisant, gratifiant et narcissisant pour elle. C'est désormais sa fille qui occupe cette fonction. La relation avec elle est marquée par l'ambivalence entre désir de fusion et désir/angoisse de mort. Malgré tout, sa fille est reconnue comme un être d'altérité avec son individualité. La connaissance des troubles du développement de son fils envahit cependant les représentations concernant l'avenir de sa fille.

Les traumatismes cumulatifs des antécédents de grossesse et de l'annonce du handicap de son fils influent ainsi majoritairement sur la relation et les représentations à l'égard de sa fille, contrairement à la problématique toxicomane qui semble minorée. Juliette introduit cependant cette question lorsqu'elle se questionne sur les liens entre consommations de drogues pendant la grossesse et malformations/handicap. La problématique anaclitique sous-jacente à l'addiction s'observe également dans la relation avec ses enfants à travers des angoisses de perte qui se matérialisent également dans les angoisses de mort.

1.3. BERENGÈRE

1.3.1. Analyse clinique des entretiens de recherche de Bérengère

1.3.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 de Bérengère

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Bérengère est une jeune femme de **30 ans**. Elle est très féminine, maquillée, les cheveux blonds au carré retenus par ses lunettes de soleil, dans des vêtements de grossesse qui mettent en valeur son ventre arrondi. Elle est très souriante. Nous la rencontrons dans une salle mise à disposition par la maternité où elle est suivie. Elle se montre très intéressée par la recherche et nous dit que c'est également une opportunité pour elle de pouvoir enfin parler de ce qu'elle vit.

Bérengère attend un petit garçon. Elle est enceinte de huit mois lorsque nous la rencontrons. Elle est alors en congé maternité puisqu'elle a un emploi. Elle est actuellement **en couple avec le père de cet enfant, non consommateur. Elle a déjà un garçon de 8 ans d'une première union**. Lors de sa première grossesse, il n'y a eu aucune consommation. Elle est aujourd'hui **sous méthadone® (traitement de substitution aux opiacés) et ce depuis 7 ans**. Elle fume également du **tabac**. **Auparavant** elle a consommé de l'**héroïne** quotidiennement pendant 11 mois. Elle a également consommé de la **cocaïne** avant cela.

HISTOIRE DES CONSOMMATIONS

« Dépendance affective – dépendance addictive »

Bérengère évoque une *« belle enfance »* avec ses parents et ses deux sœurs aujourd'hui âgées de 32 et 22 ans. Elle explique qu'elle a *« un peu dérivé à l'adolescence quoi. Besoin de me faire remarquer »* et qu'elle était *« une ado perdue »*, qu'elle se *« cherchait »*.

C'est à cette époque qu'elle rencontre son ex-conjoint et commence à consommer (15, 16 ans). Ils ont d'abord vécu en alternant une nuit dans chacune de leur famille puis, progressivement Bérengère est allée vivre avec son conjoint chez ses parents, en permanence. Il nous semble que c'est à partir de ce jour *« où j'ai quitté le domicile familial »*, associé au fait que *« c'était beaucoup les sorties, les copains, la fête »* et au fait que le couple *« ne s'entendait plus »* que les choses ont dérapé pour Bérengère. Bérengère est tombée enceinte de cet homme et a eu son premier fils. Les parents se sont séparés alors que leur fils avait 11 mois. Le père de cet enfant n'a pas été présent ni pendant la grossesse, ni après la naissance.

Le discours concernant le début de la dépendance est très confus. D'après ce que nous comprenons, la drogue était déjà présente dans leur couple avant la séparation : *« on est tombé*

dedans tous les deux. Moi je l'ai suivi un peu parce que je voyais qu'on s'entendait bien quand on prenait tout ça. Et je me suis réveillée un jour et j'ai dit stop quoi ». Les consommations étaient d'abord festives puis régulières occupant la fonction de « *refuge* » pour Bérengère par rapport à son couple. Ainsi, la drogue aurait d'abord été un moyen de faire tenir, de faire perdurer le couple mais également un moyen de fuir les difficultés conjugales. La séparation du couple n'a fait que renforcer les consommations et la problématique addictive. La drogue occupe à la fois la fonction de séparation et de maintien du lien. Il est ainsi question de la séparation, de l'autonomie par rapport à ses parents dans le début de la toxicomanie : « *j'ai quitté le nid trop tôt on va dire. Pour moi c'est ça* ». Le fait qu'elle ait quitté ses parents pour « *se poser* » avec son conjoint, cela « *par amour* » nous renvoie à la tendance à l'idéalisation de Bérengère. L'on ne peut s'empêcher de penser à une jeune adolescente attendant son prince charmant. Cela nous renvoie cependant également à une forme de dépendance affective. Il apparaît pour Bérengère, le besoin d'un tiers pour gérer la relation aux objets d'amour : son premier compagnon a joué le rôle de « *séparateur* » par rapports aux parents, la relation de dépendance s'est déplacée sur lui. Puis, lorsque les conflits dans le couple sont apparus, la drogue a eu pour première fonction de tenter de souder le couple pour Bérengère ainsi que de supprimer divergences et conflits. Finalement, la séparation avec cet homme a été accompagnée de la mise en place du traitement de substitution. La dépendance semble avoir toujours été remplacée par une autre (parents - conjoint - drogue). C'est une relation « *idyllique* », sans conflit, fusionnelle qui semble être recherchée par Bérengère, nous renvoyant aux relations précoces.

Ses parents ont été au courant à une époque, au tout début des consommations : « *c'est eux qui ont découvert que ça n'allait pas et de là, je me suis... donc j'ai décidé de me soigner* ». S'est-elle soignée pour ses parents ? Parce-qu'ils l'avaient découvert ? A leur demande ? Pour maintenir une représentation positive d'elle-même à leurs yeux qui rappelle la peur de décevoir et, sous-jacente, la peur de perdre l'amour de l'objet dont nous discuterons par la suite. Ces représentations et angoisses expliquent pourquoi elle gère aujourd'hui seule son traitement de substitution. Ainsi, la question des produits et de ses consommations l'a isolée des autres, notamment de ses parents, qui, malgré des représentations positives en tant que soutien, ne « *connaissent pas le produit. Ils savent pas ce que ça fait heu... Du coup, c'est pas évident parce que quand je suis mal, ils comprennent ...ils pensent qu'ils ont du mal à comprendre dans l'état où je suis* ». Mais les consommations ne sont-elles pas aussi un moyen pour justement tenter de se séparer de ses parents ?

A la connaissance de la grossesse pour son fils aîné, Bérengère a stoppé toutes ses consommations : « *j'suis tombée enceinte, terminé. Ça m'est passé complètement au-dessus et lui il a continué dans mon dos. Et donc après la naissance on a repris. Y'a quelqu'un qui est revenu à la maison et heu... c'était aux trois mois de mon premier. Et ça a duré 11 mois, 11 mois d'enfer quoi !* ». Elle consommait à l'époque de la cocaïne et de l'héroïne qui lui procuraient un sentiment de « *bien-être* », et fumait des cigarettes. Le fait que Bérengère ait stoppé les consommations pendant cette grossesse nous laisse penser que celle-ci pouvait représenter une tentative de trouver à l'extérieur la butée qu'elle ne trouvait pas en son for intérieur pour arrêter ses consommations (Rosenblum, 2009). Cet enfant pouvait également représenter une tentative de consolider le couple ou encore venir combler le manque affectif par renflouage narcissique notamment. La grossesse a ainsi permis un arrêt total des consommations. Néanmoins, cela n'a pas tenu après la naissance de l'enfant. Elle insiste cependant longuement sur le fait qu'elle était « *extrêmement bien* » les premiers mois de vie de son fils, qu'elle n'avait pas « *tous ces trucs en tête quoi* ». La question de la drogue est toujours marquée par l'inhibition (« *ces trucs-là* », « *ça* », ...). Cette sensation de bien-être que Bérengère cherche à retrouver depuis, fait écho à celle produite par la drogue. L'état de grossesse et les premiers temps des relations précoces sont marqués par la fusion et le renflouage narcissique. La reprise de consommations quotidiennes aurait eu lieu au début de l'autonomisation de son fils (autour de trois ou quatre mois), à la fin de la fusion narcissique. Il est possible que les trois grossesses suivantes « *accidents* » non désirées, soldées par des interruptions volontaires de grossesse (IVG), soient venues traduire la recherche de la relation fusionnelle mais qu'elles aient également eu fonction de butée qu'elle ne trouvait pas en son for intérieur pour arrêter ses consommations (ibid.). Bien que ces grossesses n'aient pas été menées à terme, il nous semble que des remaniements narcissico-objectaux ont pu se jouer, permettant alors la sortie de la relation toxique avec son conjoint et parallèlement, la sortie de la toxicomanie pour la mise en place du traitement de substitution. Après la mise en place du traitement de substitution, Bérengère n'a plus touché à la drogue.

Un autre élément pourrait avoir joué dans le début des consommations régulières de drogue : le décès d'un « *petit ami* » lorsqu'elle avait 18 ou 19 ans. Le fait qu'elle parle de « *petit ami* » et non d'« *ex-petit ami* » nous interpelle dans la mesure où c'était son copain lorsqu'elle avait 14 ans et qu'elle vivait, au moment du décès, avec le père de son premier fils. De même que toutes les contradictions, annulations et la confusion dans son discours concernant leurs relations : « *Bah je le voyais régulièrement... de temps en temps quoi. On se voyait comme ça dans la rue. On se voyait pas, on se fréquentait plus et heu... c'est quelqu'un*

que j'adorais et heu... Et j'ai appris son suicide (...). Et ça a été dur. Ouais ça a été dur. (silence long) (...) C'était un des premiers amours et heu ... (...) Et il s'est suicidé à cause des drogues aussi quoi (long silence). (...) Il a complétement disjoncté. Il était méconnaissable. ». Nous nous questionnons sur le fait que Bérengère ait commencé à consommer plus régulièrement de la drogue au moment même où ce jeune homme, visiblement important pour elle, décédait à cause justement du produit. Peut-il s'agir d'une forme d'identification à cet homme ? Cela la renvoie en tout cas à l'impossible élaboration de la perte d'un objet d'amour.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

Le projet de bébé a été mûri avec son conjoint pendant plusieurs mois avant de « *se lancer* ». Bérengère est tombée enceinte très rapidement après avoir essayé et a eu connaissance de sa grossesse très rapidement également suite à des modifications corporelles identifiées et attribuées à la grossesse. Le fait d'avoir déjà été enceinte pour son premier fils a favorisé l'identification et l'interprétation des signes de la grossesse. La grossesse actuelle lui rappelle d'ailleurs cette précédente grossesse, ce qui favorise un investissement positif. Les premières semaines de la grossesse actuelle ont été marquées par les nausées qui sont très rapidement passées, traduisant l'ambivalence puis probablement l'investissement narcissique de l'autre en soi. La connaissance de la grossesse a engendré des affects forts positifs chez elle.

Modifications corporelles et investissement de l'enfant

L'état de grossesse est également quelque chose de plaisant pour Bérengère, de même que les changements physiques induits. Les mouvements fœtaux sont également très investis sur une valence positive. Ils représentent pour Bérengère un moyen d'établir des liens avec son bébé : « *Je mets toujours la main, comme si qu'on Je sais pas, je le touche et je sais que c'est un pied, je sais que c'est heu ... En fait je joue avec quoi. C'est rigolo* ». La relation, entretenue par les mouvements fœtaux, passe également par le fait qu'elle lui parle ou lui fasse écouter de la musique. Son discours reste très inhibé avec peu de détails et d'exemples. Nous sommes obligés de poser nombre de questions auxquelles elle répond par des phrases courtes et souvent peu développées, non terminées, traduisant une nouvelle fois l'inhibition. Cela ne nous semble cependant pas relever d'un vide de la pensée ou d'un fonctionnement de type « opératoire » de la psyché mais renvoie au refoulement. Nous pensons tout de suite à l'énoncé de Bydlowski (2000 : 103) : « Quand tout va bien, rien ne se dit. » « Le silence sur l'enfant attendu est habituel. D'une façon générale, la mise au secret et au silence d'un secteur de

l'activité mentale est l'un des plus sûrs signes de son érotisation. C'est le silence de l'investissement amoureux et du bonheur qui se passe de commentaire. Il se suffit à lui-même ; il est voué au secret. ». Voir son bébé aux échographies est également source d'affects intenses mais toujours difficilement verbalisables : « *j'étais dans l'émotion totale* », probablement du fait de l'ambivalence qui entoure l'arrivée de ce bébé. Ce dernier est très investi mais source d'angoisses massives de perte comme nous le verrons. De plus, l'échographie met en jeu un panel d'affects relatif à l'intrusion de son corps et de ses secrets, de sa sexualité, mais également l'existence d'une certaine autonomie de l'enfant qui devient par ailleurs « réel », la « sensation d'inquiétante étrangeté » (Bydlowski, 2000) et un sentiment de toute-puissance face à ce bébé créé en son intérieur (Soubieux, 1999).

Malgré l'investissement très positif des mouvements du bébé, l'insistance sur le fait qu'il bouge « *tellement que des fois il m'en fait mal (rire)* », nous laisse penser que les éventuels ressentis et représentations plus négatifs sont refoulés. Cela pourrait renvoyer à l'élaboration de la haine maternelle.

Représentations de l'enfant à naître

Béregère imagine déjà son fils au niveau de ses caractéristiques physiques : les cheveux noirs, « *tout petit déjà parce que je sens le petit bébé* ». Nous apprenons à la fin de l'entretien que l'accouchement va être déclenché en raison du trop faible poids du bébé « *pour qu'il grossisse à l'extérieur* ». L'angoisse, mise à distance, transparait à travers une confusion, un flou du discours qui met en évidence l'émergence des processus primaires. Le faible poids du fœtus pourrait relever de la haine maternelle inconsciente ainsi que la difficulté malgré tout à supporter l'autre en soi. Cela peut également être une conséquence de la consommation de tabac au cours de la grossesse. Béregère verbalise également des désirs quant au caractère de son fils dans une représentation idéalisée de son conjoint à la hauteur de sa propre dévalorisation, massive. Cela traduit une reconnaissance de la filiation paternelle. Le peu de représentations concernant son enfant à naître est sans doute à mettre en lien avec les considérations de Riazuelo (2004) : les femmes deuxième parcs auraient moins besoin d'anticiper leur enfant et/ou l'imagine plutôt dans une comparaison à partir du premier. Cela semblerait d'autant plus vrai que Béregère attend un deuxième garçon. Néanmoins, imaginer son second fils uniquement comme son père pourrait laisser supposer que « l'enfant du désir manque à l'appel de la réalité » (Ibid. : 156). Le père des deux enfants n'est cependant pas le même ce qui implique des fantasmes différents de la part de Béregère. L'angoisse face à un

bébé de faible poids qui peut la renvoyer à un bébé en mauvaise santé peut également limiter les représentations à l'égard de l'enfant à naître.

L'on repère également la représentation d'un bébé réparateur, d'un bébé soutien face à la drogue puisque, d'emblée, elle nous dit « *je pensais qu'il allait m'aider à arrêter ce traitement (...) ça a été difficile parce que je me suis aperçue que ça ne s'arrête pas comme ça* ». Malgré tout, cette grossesse l'a « *quand même aidée à bien diminuer* » et ça s'est « *donc quand même bien passé* ». Le bébé occupait fantasmatiquement la place de pare-drogue mais n'a pas comblé complètement cette fonction, ce qui est source à la fois de déception et d'ambivalence pour Bérengère qu'elle est à même de verbaliser à la fin de notre entretien : « *C'est diff', sans ce traitement, c'est heu... une très bonne grossesse qui est arrivée au bon moment. Enfin qui est arrivée au bon moment ... qui va dans la continuité des choses quoi* ». L'ambivalence est liée au fait que sa grossesse ait eu lieu alors qu'elle est encore sous traitement de substitution.

Secret et angoisses de perte autour du traitement de substitution pendant la grossesse

Le « *seul point négatif* » de sa grossesse est justement son traitement de substitution. Son recours pendant la grossesse est source d'angoisses et de représentations massives concernant la santé du bébé mais également son développement futur et à leurs futures relations : la peur « *de faire naître un bébé déjà accro à un cachet* », « *je le vois toxicomane* » « *je supporte pas* », « *j'ai peur que ça lui fasse du mal pour plus tard en fait. Entre lui et moi. (...). Bah je culpabilise tellement que ... J'ai peur qu'il y ait des répercussions pour plus tard (...). J'ai peur que ça soit un bébé angoissé ou quelque chose comme ça* ». La culpabilité associée est tout aussi massive. Tous les moments difficiles sont ainsi associés au traitement « *j'en pleure tous les jours-là* ».

En lien avec le traitement, c'est également la question du secret qui lui pèse et entraîne et renforce à la fois les angoisses et la culpabilité concernant le bébé et la potentialité d'un syndrome de sevrage. En effet, personne de son entourage ne sait qu'elle a un traitement de substitution aux opiacés. Son conjoint n'est pas non plus au courant de son passif dans les consommations. Le conflit psychique est massif entre le « *droit de savoir* » de son conjoint puisque c'est « *son bébé* » et la certitude de le perdre si elle lui dit. L'angoisse de perte d'objet est manifeste. Nous nous questionnons également sur les futures répercussions transgénérationnelles potentielles de ce secret.

L'angoisse et la culpabilité représentent une des raisons pour lesquelles Bérengère a refusé d'augmenter son traitement au cours de la grossesse. Elle fait tout pour que la quantité

de traitement soit la plus minime possible de façon à éviter au maximum un syndrome de sevrage qu'elle ne pourrait pas expliquer à son conjoint sans lui dire la vérité, au risque donc de le perdre selon elle. De cette manière, et bien qu'il nous semble que, consciemment, elle souhaite le bien-être de son bébé, elle fait passer ses propres intérêts (garder son compagnon) avant ceux de son fils. En effet, lorsqu'elle est en manque, le bébé risque de l'être tout autant. Il nous semble cependant que Bérengère n'ait pas pu entendre cela de la part des soignants, trop aux prises avec ses angoisses de perte. Les angoisses relatives à l'accouchement sont ainsi également massives face au risque d'un syndrome de sevrage du bébé qui pourrait être cause de la perte de son conjoint. Elle craint également que l'équipe soignante informe le papa des causes d'une possible hospitalisation en Unité Kangourou : « *Je leur ai dit, vous allez me briser tout quoi* ». Nous entendons dans cette phrase qu'elle va être elle-même brisée et que « tout » va être brisé également, comme si elle n'était plus rien sans son conjoint. Cela nous renvoie aux considérations de Cournut-Janin (1998), pour qui la femme abandonne ainsi la partie pour le tout, ce qui signerait l'accès au féminin. En effet, la sexualité féminine serait ensuite marquée par un message de castration par la mère à sa fille qui induirait un contre-investissement du vagin et du désir de pénétration. Si la fille est « toute entière phallique », l'envie du pénis est abandonnée, ainsi que la rivalité par rapport à la mère, de même que le fantasme de posséder et pénétrer la mère. La perte d'amour renverrait alors, selon Cournut-Janin (1998) la femme à une incapacité à être, à « n'être plus rien », contrairement à l'homme qui est dans une logique « de la partie pour le tout ». Cela nous renvoie alors aux considérations des auteures ayant travaillé sur le féminin dans son rapport à la Mélancolie. Bérengère explique ainsi qu'elle n'a donc pas envie d'accoucher. Cela renvoie également à ces craintes concernant le futur avec son enfant. L'accouchement peut potentiellement, dans ses représentations, être source de changements très négatifs dans sa vie, représentations négatives qui pourraient s'étendre au bébé et à la grossesse. Il semble cependant que la centration des représentations négatives sur l'accouchement préserve justement le bébé des représentations négatives.

Le manque quasi journalier a des répercussions négatives sur l'ensemble de sa vie qui sont également source d'une grande culpabilité. Elle a de grandes difficultés à faire des choses par « *manque d'énergie* », que ce soit avec son fils aîné ou son conjoint mais elle doit prendre sur elle pour ne pas qu'ils remarquent quelque chose. Ainsi, Bérengère est en combat permanent contre la dépendance au traitement et contre elle-même.

Nous nous posons la question de l'impact de ce secret et de la culpabilité exacerbée de Bérengère sur les relations mère-enfant après la naissance.

Le traitement et le manque associé, ainsi que le secret favorisent une représentation très négative d'elle-même. En revanche, elle « *se sent bien en tant que maman* » avec une relation « *fusionnelle* » avec son aîné et le désir d'avoir une relation identique, « *très proche* » avec son futur enfant. Elle insiste sur le fait de surtout « *ne pas le rejeter* ». N'est-ce pas une projection de sa propre peur d'être rejetée ? Notamment de la part de son fils en lien avec ses angoisses concernant leurs relations futures ? S'agit-il de la crainte de le rejeter si son conjoint venait à apprendre la vérité sur sa dépendance ?

Les peurs de Bérengère sont centrées sur la peur du manque. Il s'agit essentiellement, d'après elle, du manque physique mais elle évoque également « *la peur de pas être comme avant* », autrement dit ne pas se sentir aussi bien qu'avant, lors des premiers temps avec son premier fils, « *ce qu'[elle est] constamment en train de rechercher* ». A-t-elle peur que sa famille « idéale » ne soit pas à la hauteur de ces attentes ? Ou bien n'est-ce pas plutôt sa peur de ne pas être à la hauteur de cette famille « idéale » et de son propre idéal du moi ? Le traitement de substitution nous semble aujourd'hui plus occuper la fonction de soutien, d'étayage pour Bérengère au sens où elle ne se sent pas assez forte et pas à la hauteur des attentes qu'elle projette sur les autres (et donc des siennes). Son Idéal du Moi semble ainsi extrêmement élevé et persécuteur, de même que son Surmoi auquel nous renvoie sa culpabilité exacerbée, puisqu'elle ne peut pas atteindre ses idéaux. Cela entraîne une dévalorisation permanente, contrairement aux autres qui sont toujours idéalisés. Cela traduit une problématique narcissique et probablement dépressive importante. Cette fonction de soutien occupé par le traitement de substitution nous semble aujourd'hui primer sur la fonction de gestion des relations.

Bérengère évoque un « *refuge* » dans son quotidien : la couture. Cela traduit un investissement certain de la créativité qui met en évidence l'existence d'une aire transitionnelle.

La recherche d'une famille « idéale » et « sécurisante »

Le conjoint de Bérengère est introduit spontanément dans le discours, dans une représentation souvent idéalisée. Bérengère évoque son sentiment d'être « *plus mature* », d'avoir « *grandi* », de « *se sentir, ouais comme on dit, plus femme* ». Cela n'est pas lié spécifiquement à la grossesse mais à sa rencontre avec son conjoint il y a 3 ans. Cela a entraîné un changement dans son cadre de vie, « *avant j'étais toute seule. (...) J'suis en sécurité (aujourd'hui)* ». Le besoin de sécurité, la difficulté à être seule et l'angoisse de perte sont associés à l'idéalisation de son conjoint, de ses parents, et de la famille idéale qu'elle construit, opposée à sa propre représentation extrêmement dévalorisée. La naissance de son deuxième enfant marque en effet, pour Bérengère, le fait d' « *avoir [sa] famille enfin. (...) Vraiment avec*

la petite famille ». Bérengère fantasme ainsi une famille idéale, sans aucun doute longuement attendue. Riazuelo, (2004) notait que le désir d'un second enfant renvoyait au vécu de la mère dans sa propre famille et aux relations avec la fratrie. Il renverrait également au désir de fonder et d'établir véritablement une famille alors que le premier enfant répondrait plutôt à un besoin narcissique. Cette « vie de famille », elle n'a pas pu l'avoir avec le père de son premier fils. Bérengère insiste sur son désir de « *faire un petit cocon sécurisant* » avec simplement « *le papa* », reconnu en tant que tel, « *les grands-parents, les parents et les enfants* », introduisant la différence de génération, et la filiation. Son conjoint occupe ainsi le rôle idéalisé de sauveur plus que le bébé ou la grossesse. Par ailleurs, l'imaturité affective et une dépendance certaine à ses parents domine dans un besoin d'obtenir leur aval, de répondre à leurs attentes et leurs souhaits à son égard (attentes à son égard qu'elle leur attribue), dans quelque chose d'une dette envers eux et d'un idéal à atteindre. La problématique anaclitique est massive. Bérengère oppose sa « *nouvelle vie* » idéale à la « *période sombre* » de sa vie qui renvoie au moment où elle était dans les consommations d'héroïne.

Néanmoins, ce dernier s'investit peu dans la grossesse. Bérengère estime, dans un évitement de représentations plus négatives, « *qu'il va être papa quand le bébé sera là* », « *Il a du mal à se représenter* ». Ces considérations se retrouvent chez de nombreux futurs pères à travers le discours de nos patientes enceintes dans le cadre de notre clinique en maternité. Le fait qu'il ne soit pas au courant du traitement implique forcément qu'il ne peut pas être un soutien pour elle face au vécu de la grossesse sous traitement. Il semble d'ailleurs être plus culpabilisant que soutenant. En effet, il est « *plus distant depuis la grossesse* ». Bérengère comprend cela comme le fait qu'il « *lui fasse payer* » le fait qu'elle n'ait que diminué (passage de 30 à 10 cigarettes par jour) et pas arrêté sa consommation de cigarettes. La représentation que nous entendons à travers le discours de Bérengère nous laisse penser à une figure paternelle interdiciatrice et surmoïque. Par ailleurs, nous nous questionnons sur le mal-être quotidien ressenti par Bérengère face au « manque » de traitement (sous-dosé). Le mal-être que cela engendre et la nécessité de « *se dépasser* » pourraient-ils être une manière de se punir de ne pas avoir été capable d'arrêter le traitement pendant la grossesse ?

Bérengère décrit sa mère comme une « *mère parfaite (rire)* », nous laissant entendre la difficulté à être aussi « *parfaite* » qu'elle d'où un désir de différenciation majoré. Difficile en effet d'occuper sa place de mère dans la filiation, de passer du statut de fille à celui de mère, de se séparer donc de sa mère et ses parents. La représentation de son père est ambivalente entre un père « *à l'écoute* », « *quelqu'un de très ouvert* » et le fait qu'elle et ses sœurs ont « *toujours*

eu peur de lui. ». Bérengère évoque peu ses sœurs, excepté lorsque nous lui posons une question à ce sujet. Nous ne savons rien sur leurs relations. Elles ne sont pas intégrées à la vie de famille idéale comprenant grands-parents, parents (elle et son conjoint) et enfant (ses deux fils).

1.3.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Bérengère

CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE

Nous retrouvons Bérengère pour notre second entretien avec **son bébé** de quatre mois que nous appellerons **Léo**. L'entretien n'aura pas lieu au même endroit que pour le premier du fait de question administrative. Nous la rencontrons donc dans notre bureau au CSAPA où elle n'est, par ailleurs, pas suivie. Bérengère est rayonnante, toujours très souriante. Elle a changé de couleur de cheveux depuis notre dernière rencontre mais est toujours habillée, coiffée et maquillée avec soin. Léo est un bébé souriant, babillant, calme et très éveillé, observant le monde qui l'entoure. Au cours de l'entretien, il sera assis sur les genoux de sa mère, face à nous, manifestant par moment son mécontentement en geignant et en gigotant. Il est bien tonique. Malgré tout, il ne pleurera qu'en fin d'entretien, babillant et nous faisant des sourires jusque-là. Bérengère va s'adresser à lui à de nombreuses reprises, notamment lorsque Léo va commencer à plus bouger. Lorsqu'elle lui parle, c'est avec une voix douce et en le regardant. Ce que Léo lui rend bien. Les échanges de regard entre la mère et son fils sont intenses. Par ailleurs, Léo va également se tourner vers sa mère à plusieurs reprises lorsqu'elle abordera des thèmes spécifiques. Il règne un climat de confiance entre cette mère et son bébé.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous retrouvons Bérengère pour le dernier entretien. Celui-ci a de nouveau lieu dans notre bureau au CSAPA. Elle est accompagnée de Léo qui est aujourd'hui âgé de douze mois. Bérengère est toujours très souriante, comme lors des premiers entretiens. Elle est maquillée avec soin, habillée avec goût. Elle dégage une certaine sérénité que l'on pourrait rapprocher également d'un sentiment de maturité, de calme tout en étant attentive à son fils. Celui-ci passe les premières minutes de l'entretien dans ses bras à nous « jauger » avant de s'autoriser à découvrir le bureau. Il va ensuite passer la majeure partie de l'entretien à explorer l'espace, à crapahuter et à jouer de son côté avec les objets amenés par sa mère. Il la sollicite également régulièrement en lui proposant des jouets. Il semble ainsi capable de jouer « seul », « discute » avec ses jouets tout en vérifiant régulièrement que sa mère est toujours présente. Léo se met debout mais ne marche pas encore seul. Il va également pleurnicher à quelques reprises suite à

des petites chutes que sa mère reprend de façon adaptée, en vérifiant s'il va bien sans dramatiser ni minimiser, et Léo retourne à ses occupations. Léo semble ainsi être un bébé confiant. Ce dernier entretien va s'avérer relativement rapide au regard des précédents.

L'ACCOUCHEMENT

La rencontre avec son bébé marquée par l'angoisse du syndrome de sevrage néonatal

L'accouchement a eu lieu une semaine avant terme et la veille au soir d'un déclenchement programmé. L'on peut penser qu'il s'agissait inconsciemment de ne pas avoir un accouchement déclenché médicalement. Il a été très soudain et très rapide, ce qui a eu pour conséquence la non administration d'un certain antibiotique nécessaire contre la bactérie portée par Bérengère et qui a ainsi été transmis à Léo. Mère et bébé sont donc restés une semaine de plus à la maternité, ce qui « *tombait bien parce qu'il fallait le surveiller* » afin de déceler un éventuel syndrome de sevrage et qu'elle n'avait pas à inventer de justification auprès de son conjoint et de son entourage, pas au courant de sa substitution.

L'accouchement et le séjour à la maternité sont dans un premier temps idéalisés, pour ensuite introduire des représentations contrastées. Ainsi, tout s'est « *très bien passé* » mais l'accouchement était marqué par le « *stress* », l'angoisse, la « *peur qu'il y ait un dit par rapport à tout ça* » - la question du traitement est anonymée.

L'accouchement, bien qu'il se soit « *très bien passé* », dans une idéalisation, est associé à des affects massifs de panique. Ce vécu est lié à la violence des contractions qui ont mis en jeu l'intégrité du corps. Cela implique un vécu massif de passivité associé à la perte de contrôle de son corps.

L'on se demande si la soudaineté et la rapidité de cet accouchement n'ont pas entravé, dans un premier temps, son inscription psychique du fait d'une certaine sidération. Cela d'autant plus que Bérengère explique avoir été « *dans un état second* » avec une sage-femme qui lui disait : « *ouvrez les yeux Madame, ouvrez les yeux* ». Sur quoi Berengère ne voulait-elle pas « ouvrir les yeux » ? La réalité de la séparation ? Un bébé qui n'allait pas bien, en manque et qui représenterait alors la fin de son couple et de sa famille idéale, autrement dit, un bébé réel opposé au bébé imaginaire et aux représentations idéalisées qui lui étaient attachées ?

Tenir son bébé a eu fonction de réassurance face aux angoisses concernant l'intégrité de son bébé mais probablement également face aux autres fantasmes liés à la haine maternelle en jeu à l'égard de ce bébé et à la culpabilité. En effet, il aurait pu représenter la fin de son idéal de vie s'il avait fait un syndrome de sevrage néonatal. Ce dernier étant source d'une culpabilité massive déjà pendant la grossesse.

L'envahissement de la grossesse, de l'accouchement et des premiers jours de vie de Léo par le risque d'un syndrome de sevrage avec les conséquences que l'on connaît pourrait avoir participé à une mise en suspens ou, en tous cas, un investissement moindre du fœtus d'abord puis, potentiellement, du bébé. Nous faisons le lien avec les travaux de Viaux-Savelon et al. (2014) concernant l'impact émotionnel, les représentations parentales et les relations mère-enfant dans le cas de dépistage échographique d'anomalies mineures au bon pronostic, autrement dit, avec peu de risques de véritables anomalies du bébé à la naissance. Les auteurs ont repéré une suspension de l'investissement du futur enfant au cours de la grossesse et des modifications des interactions précoces mère-enfant. De l'anxiété, associée à des symptômes dépressifs et à des troubles de l'interaction sont également repérés et peuvent perdurer jusqu'à deux mois après la naissance. La suspension de l'investissement a un but de protection. C'est une protection contre la douleur de la perte. Les anomalies du fœtus blessent le narcissisme des parents. L'ambivalence de la mère est exacerbée. La haine resurgit dans la mesure où l'enfant idéalisé manque à ses devoirs : « être un objet sur lequel il est possible de superposer son enfant imaginaire et un être qui sera capable de remplir son mandat transgénérationnel et de répondre aux attentes maternelles et paternelles » (Sirol, 1999 : 202). Le réinvestissement serait néanmoins possible lorsque les anomalies ne sont finalement pas avérées à la naissance. Le doute peut cependant persister par la suite avec un risque de troubles dans les interactions précoces. L'on peut se demander si un processus de désinvestissement identique n'a pas pu entrer partiellement en jeu face à un bébé potentiellement malade du fait du syndrome de sevrage néonatal et donc culpabilisant mais également source de destruction du « cocon » de sécurité créé, attendu et massivement investi par Bérengère. Le fœtus et le bébé des premiers jours pourraient alors être potentiellement persécuteurs. Le fait que Léo aille bien et qu'il n'y ait finalement pas eu de syndrome de sevrage néonatal a permis son réinvestissement par Bérengère narcissique puis objectal.

LE BEBE

Santé et développement

D'une manière générale, le discours de Bérengère reste très inhibé et très descriptif. Ces mécanismes de défenses apparaissent opérants pour canaliser des représentations et une angoisse massive, que nous ressentons sous-jacente. Cela concerne essentiellement le syndrome de sevrage et la santé de Léo.

Léo a perdu « *beaucoup de poids* » : « *il mangeait pas en fait* », « *il a eu du mal à prendre le sein* ». Cela est lié, selon elle, au torticolis sévère dont a souffert son fils à la

naissance et qui n'est pas encore guéri (ce que nous observons d'ailleurs dans la mesure où Léo à la tête tournée et « coincée » d'un côté). Par ailleurs, la difficulté à allaiter de Bérengère peut avoir trait à la reviviscence des fantasmes incestueux et/ou à une angoisse inconsciente de dévoration, de vampirisation par son bébé qui renvoie notamment à ses propres relations précoces orales. La conflictualité autour de l'allaitement au sein est d'autant plus corroborée que lorsque Bérengère a choisi de passer au biberon au bout d'un mois, ça a été « *impeccable* ». Le biberon a permis d'instaurer une distance physique favorisant un lien psychique moins angoissant pour Bérengère. Cette difficulté autour de l'allaitement au sein pourrait également avoir pour origine l'angoisse du sevrage de la relation fusionnelle. Ne pas allaiter au sein c'est ne pas risquer de perdre cette relation par la suite. L'on peut donc bien penser que cela n'était pas lié uniquement au torticolis bien que ce problème physiologique n'est certainement pas favorisé un nourrissage idéal. La diversification a par la suite eu lieu de bonne heure et s'est « *super bien passée* ». Bérengère qualifie ainsi Léo de « *mangeur* » qui « *mange de tout* » et « *très bien* ». Il ne semble donc pas y avoir de troubles de l'alimentation depuis le passage au biberon.

Léo ne mangeant pas suffisamment à chaque tétée, il réclamait sans cesse à sa mère. Cela a augmenté une fatigue déjà présente et a été « *physiquement dur* ». La question de la fatigue prend par ailleurs une place certaine dans le discours de Bérengère. Elle évoque ainsi « *une grosse fatigue générale* » renflouée par le soulagement et la chute de toute la tension autour de la santé du bébé et du syndrome de sevrage : « *tout le stress, y'a tout qui est retombé* ». Ce « trop de fatigue » a influencé son moral avec « *un gros coup de mou, un coup de blues* » durant les trois semaines suivant l'accouchement. L'on pourrait ainsi évoquer le baby-blues qui s'est un peu prolongé. Nous pourrions également faire le lien entre ce « *coup de mou* » et la reviviscence d'angoisses et de conflits infantiles précoces réactualisés dans l'allaitement et ses difficultés avec Léo. Avec le relais en biberon, Léo a très rapidement fait ses nuits. Bérengère a ainsi pu « *recupérer* ». L'importance est d'ailleurs donnée à la nécessité qu'il ait un rythme de sommeil avec toujours un rituel du coucher. Bérengère semble également en mesure de laisser Léo s'endormir seul tranquillement après qu'elle l'ait couché. Il a une suce et un doudou, et tente, sans succès à ses quatre mois, de sucer pouce ou doigts. Cela implique la constitution d'autoérotismes oraux et la constitution des premiers objets transitionnels.

Face aux autres problèmes de santé mineurs, Bérengère explique qu'elle « *arrivait à le soulager* », ce qui est valorisant pour elle en tant que mère. Néanmoins, les petits problèmes de santé de Léo sont perçus comme une « *attaque* » « *contre* » elle et ainsi comme une atteinte

narcissique directe : « *L'osthéo-pathe ME l'a débloquent [le cou de son bébé]* », « *Il NOUS a fait des bronchites* ».

Béregère fait également référence aux effets négatifs du torticolis sur le développement psychomoteur de Léo à grand renfort de minimisation et de mise à distance temporelle (des effets négatifs) et d'idéalisation (concernant le développement de Léo) qui rendent compte du conflit intrapsychique à l'œuvre : « *Il s'est super bien développé malgré qu'il avait eu son petit cou qui l'a gêné. Il a eu un petit peu de retard au niveau de se retourner et puis avancer mais là, c'est quoi. Il est à quatre pattes, debout ...* ».

Béregère évoque par ailleurs de nombreux jeux qui rendent compte de l'exploration de son environnement par Léo et de sa maturation psychoaffective (jeu du coucou-caché, prise et jet des objets, ...). L'interaction et l'échange avec un bébé « *attentif* » et qui est en capacité de « *répondre* » est quelque chose de perçu très positivement et qui semble central pour Béregère. Le fait de « *voir évoluer* » son bébé, de le voir « *avoir son caractère* » est également investi très positivement par Béregère lors du dernier entretien : « *Moi j'adore* ». Le conflit psychique est cependant présent à minima puisqu'elle ajoute : « *même si j'aime bien quand ils sont tout bébés* ». L'autonomisation et la maturation de Léo apparaissent cependant comme quelque chose de positivement investi par Béregère. L'insistance sur les nouvelles compétences motrices de son bébé laisse entendre toujours l'angoisse concernant son bon développement et l'atteinte narcissique. Le fait que Léo ait finalement pu faire du quatre pattes et se mettre debout représente ainsi une valorisation narcissique pour sa mère.

L'ombre du syndrome de sevrage néonatal sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces

Béregère décrit son bébé comme un bébé « *joyeux* », « *gentil comme tout* », « *super souriant* », « *super sympa* ». C'est également un bébé « *qui ne pleure jamais* », « *que quand il a faim* ». Léo est également décrit comme « *beaucoup beaucoup éveillé* », « *tonique* », curieux, attentif à ce qui l'entoure et qui s'exprime. L'on note ainsi uniquement des qualificatifs positifs pour décrire son bébé. C'est également un « *bébé calme* », « *très très sage* », à l'opposé des angoisses de Béregère d'avoir un bébé « *nerveux* » du fait de son traitement pendant la grossesse : « *c'est une bonne surprise* ». L'angoisse liée au traitement de substitution infiltre ainsi tout ce qui concerne le bébé. Cela concerne en effet également la relation mère-fils jusqu'au dernier entretien : « *J'ai eu peur par rapport au traitement. J'avais peur que, qu'il aille pas bien et en fait nan. Parce que je fais tout aussi pour qu'il aille bien* ». Le sentiment de culpabilité est exacerbé. L'investissement dans les soins liés au torticolis peut également être

compris à la lumière de ce ressenti de culpabilité, dans un besoin de « réparer » ce qui aurait pu arriver à son fils par « sa faute ». Bérengère est alors envahie par l'émotion lorsqu'elle évoque cette relation qui est « *encore plus que ce que j'espérais* ». La relation mère-enfant est décrite comme fusionnelle et marquée par l'amour et la complicité. L'insistance est également portée sur sa capacité à « *comprendre* » son fils, ce qui est extrêmement gratifiant pour elle.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Dévalorisation et recherche d'étayage

La naissance de Léo a également apporté à Bérengère ce qu'elle attendait et qu'elle évoquait déjà au cours de notre premier entretien : « *un équilibre familial qui est bon on va dire* ». Cela impliquerait-il qu'il n'est pas aussi bien qu'espéré ? L'équilibre familial relève du fait qu'il y a un « *cadre familial* » qui est pour elle « *rassurant* » par rapport à son premier qu'elle a élevée « *à peu près toute seule* ». Ce « *cadre* » renvoie ainsi au fait « *d'avoir quelqu'un à côté en fait. J'avais jamais vécu ça en réalité et c'est ce que j'attendais en fait* ». C'est la notion de soutien, de besoin d'étayage qui est de nouveau au premier plan reflétant la problématique anaclitique de Bérengère. Elle nous brosse de nouveau le tableau de la famille idéale désirée et longuement évoquée lors du premier entretien, toujours dans quelque chose de très (trop) idéalisé. Néanmoins, le « *on va dire* » et l'absence d'évocation spontanée concernant le papa qui est décrit surtout comme « *joueur* » ne vient-il pas remettre en question cette famille idéale attendue ? N'est-elle pas également seule à s'occuper du bébé comme elle nous l'aura dit à un autre moment de l'entretien ?

En effet, les représentations dont le père du bébé fait l'objet sont contrastées entre une inhibition et une justification pour mettre à distance des représentations plus négatives concernant son investissement ou sa présence pendant la grossesse et des représentations idéalisées après la naissance. Bérengère décrit une relation et des interactions père-fils « *complices* », caractérisées comme plus stimulantes et tactiles malgré qu'il donne parfois le biberon. Bérengère ajoute qu'il l'« *aidait quand même* » pendant les premières semaines de vie de Léo. La formulation de la phrase puis son annulation laissent entendre que cela n'était pas si clair et probablement insuffisant au regard de Bérengère. Par ailleurs, cela est verbalisé au passé et pourrait donc ne plus être le cas aujourd'hui, aux quatre mois de Léo. Lors du dernier entretien, l'on retrouve l'inhibition, l'idéalisation et des mécanismes plus rigides ayant pour visée de mettre à distance tous sentiments négatifs, toujours dans une visée protectrice de l'objet d'étayage qui pourrait être détruit, disparaître.

Finalement, lors du dernier entretien, Bérengère aborde de nouveau la question du « cadre » mais il s'agit-là de ses enfants qui « *la cadrent* » et « *la stabilisent* ». La dépendance aux objets externe est manifeste ici. Ses enfants occupent alors la place contenante et étayante qui était dévolue jusqu'à maintenant à son conjoint.

En tant que mère, elle s'appuie sur son expérience avec son aîné. Cela participe à une plus grande confiance en elle en tant que mère. Elle évoque également le fait qu'elle ne refera pas « *les mêmes erreurs* » : « *Je cédaï tout à mon premier. C'était l'enfant roi on va dire.* ». Bérengère dormait également avec son fils dans le lit parental. Le fait de ne pouvoir imposer des limites et de la frustration à son premier « *enfant roi* » va de pair avec sa difficulté à se séparer et à son besoin massif d'étayage. Le fait de dormir avec son fils aîné au-delà des premiers mois de vie aurait pour but de « combler » le manque (affectif) de son ex-conjoint. Son bébé venait ainsi combler les manques de Bérengère dans la relation fusionnelle narcissique de complétude. Léo, quant à lui, dort dans son couffin dans la chambre des parents et va très prochainement dormir dans la chambre de son frère, qui sera leur chambre à tous les deux. L'on peut donc supposer des remaniements narcissico-objectaux, favorisés par la relation avec son conjoint et la mise en place du traitement de substitution, qui auraient été élaborés entre la naissance de son aîné et celle de Léo. Néanmoins, ces remaniements peuvent avoir été, inversement, à l'origine de la demande de substitution. De plus, la relation anaclitique avec son conjoint peut simplement avoir remplacé celle avec son aîné. Cela a cependant permis un autre investissement de Léo. L'investissement de la drogue puis du traitement de substitution a également pu jouer.

Malgré tout, la représentation dont elle fait l'objet reste extrêmement dévalorisée : « *Si vous voulez, je me suis donné, enfin pas donné une image mais... Voilà, j'ai... Ils me connaissent pas vraiment dans le fond, mais ce que je leur donne, ce que je parais, enfin... Les gens sont ravis de me voir à chaque fois. Ils... ça se passe très bien à chaque fois quoi. [...]* Parce qu'ils savent pas mon passé. Et je pense que s'ils le savaient, ça changerait tout. Ils auraient un autre regard. ». Le conflit intrapsychique est de nouveau visible entre le désir d'être cette nouvelle personne qui « oublie » et « veut aller de l'avant » et l'accrochage à son passé et à son identité d'ex-toxicomane qu'elle ne verbalise pas pour autant.

Il est également question du désir d'un troisième enfant : « *En avoir deux avec le papa quoi. (...) Parce que je me dis peut-être qu'il voudrait avoir deux enfants à lui. C'est pour... c'est juste ça en fait.* ». Nous nous souvenons que lors des entretiens précédents, l'importance était donnée au fait d'avoir une famille « idéale » avec deux enfants pour Bérengère. Il s'agirait

donc de ces propres projections. Cela pourrait-il également renvoyer à une problématique de castration ? C'est en effet la question de l'avoir qui prédomine.

Angoisse de séparation

Béregère explique avoir « *eu du mal* » à laisser son bébé, à le confier même pour une après-midi, « *avoir du mal à le lâcher* ». Cela est encore le cas lors du dernier entretien. Se séparer provisoirement reviendrait ainsi à un « lâchage » de son bébé, comme si quelque chose ne pouvait être intériorisée, probablement la projection des défaillances des objets internes de Béregère. Cela renvoie à un « accrochage » de Béregère à son bébé face à des angoisses massives de perte et une problématique anaclitique. Elle explique que c'est « *parce que je ne l'avais pas près de moi et pour ses habitudes et quand il va pleurer, est-ce qu'elle va savoir ce qui... Voilà quoi des angoisses de mère quoi* ». Cela traduit une angoisse de perte déjà notée chez Béregère, la peur que son bébé « manque » et inversement qu'il puisse « se passer » d'elle, qu'elle soit remplaçable, le fait de se rendre compte qu'elle n'est pas la seule à pouvoir prendre soin de son fils et qu'elle est moins indispensable. Cela peut lui signifier la fin de la relation fusionnelle et/ou exclusive. Elle explique avoir pris le congé parental de trois ans « *pour pouvoir profiter* ». Cela renvoie très probablement aux premières années de vie et au vécu avec son aîné. Nous repérons déjà cette question lors du premier entretien. Ce désir de « profiter » pourrait renvoyer à une tentative de « réparer », de « compenser » ce qu'elle n'a pas pu vivre au long cours avec son aîné du fait de ses consommations aux trois ou quatre mois du bébé. Il peut s'agir également de tenter de revivre la relation fusionnelle et pleinement satisfaisante avec son aîné, en la prolongeant. Elle expliquait en effet lors du premier entretien ne s'être jamais sentie aussi bien que les premiers mois de vie de son fils. L'on repère la recherche du retour à cette complétude, cette fusion narcissique des premiers temps de vie.

LA PROBLEMATIQUE DE DEPENDANCE TOUJOURS CENTRALE

Concernant le traitement de substitution, Béregère, lors du deuxième entretien, nous dira que cela a été « *difficile* » pour elle car elle avait beaucoup diminué pendant la grossesse mais des angoisses à la sortie de la maternité, apparemment liées au traitement, ont entraîné une réaugmentation. Elle évoque des angoisses toujours présentes sans spécifier lesquelles. Cette augmentation lui est attribuée avec beaucoup de culpabilité et de « *colère contre [elle]* » : « *car j'ai eu beaucoup de fatigue, énormément de fatigue et j'avais tendance à en prendre plus* ». Le traitement semble alors être une béquille, un soutien dans les périodes où elle est plus fatiguée, où elle a moins d'énergie. Comme si le traitement lui permettait de rester « à fond »

tout le temps. Elle ne s'accorde pas le droit à l'erreur ou de faire une pause. Elle se doit d'être parfaite : « *je suis plus stricte avec moi-même* », « *pour la maison j'essaye de tout gérer correctement* », « *y'a pas de laisser-aller* ». Et elle ne s'accorde encore moins le droit à une augmentation temporaire de traitement : « *je luttais sans arrêt. On m'a dit « faut pas, faut trouver la bonne dose » même si je suis en colère contre moi parce que je me suis dit « mince ! Je suis descendue à deux et remontée à sept »* ». Cela nous renvoie à un Idéal du moi et à un Surmoi persécuteurs, associés à une culpabilité exacerbée. L'on repère également quelque chose de l'ordre de la punition, d'une dette inconsciente à payer en ne s'autorisant pas à augmenter le traitement et ainsi en restant douloureuse et amoindrie physiquement. Il faut qu'elle « *répare* » et ne peut se confronter à ses sentiments agressifs qui apparaissent alors potentiellement destructeurs envers l'objet dont elle est dépendante. L'autre ne peut être attaqué. La haine est retournée contre Bérengère elle-même. Cela nous renvoie au masochisme moral (Freud, 1924). La drogue a paradoxalement pour but d'atteindre (illusoirement) cette perfection, cet Idéal du moi mais c'est exactement ce qui l'empêche d'y accéder et ce qui entraîne une dévalorisation massive qui renforce la culpabilité et le besoin d'autopunition. Tous ces événements renforcent l'idée que tout n'est pas « *très bien* », face à l'idéalisation toujours prévalente dans l'ensemble de son discours.

Finalement, Bérengère expliquera, lors de notre dernière rencontre, qu'elle a accepté d'augmenter le traitement « *parce que je suis pas bien donc euh c'est pas possible, c'est pas gérable au quotidien donc j'ai augmenté bah pour être bien* ». Néanmoins, elle évoque « *des moments où ça marche pas* », « *y'a des moments où c'est plus difficile que d'autres* ». Elle rattache ce sentiment de mal-être à l'ennui : « *Et du coup à cause de l'ennui j'en reprends un peu plus et c'est...* ». L'impossibilité de s'ennuyer nous renvoie au vide et à la passivité, ainsi difficilement supportables pour Bérengère. Elle associe également le fait de ne pas se sentir bien au poids du secret puisque personne de son entourage n'est au courant de son TSO : « *Vu que c'est un secret bah c'est difficile à gérer donc euh pour pas montrer que ça va pas trop et bin j'en reprends et cetera quoi.* ». Ce « *secret* » la contraint à une grande solitude.

Bérengère fait également référence à un mal-être psychique sans pouvoir l'identifier ou ses sentiments. Le discours est confus : « *Je sombre. Quand je suis pas bien, quand j'ai plus rien, je sombre. [C'est-à-dire ?] Ah je suis...je suis dans ma bulle et ça va pas. J'arrive à rien, j'arrive à rien. [...] C'est...j'ai des angoisses, je pars...en live. Et comme je veux pas le montrer et bah voilà.* ». L'origine de son mal-être psychique aurait ainsi trait, selon elle, à la peur de se confronter au manque (de traitement): « *J'ai peur, j'ai peur d'être sans quoi. C'est la peur du..., c'est le manque que j'ai horreur. Ce qui me fait très très peur. Je ne le supporte pas*

d'ailleurs. ». Il apparaît dans un premier temps que le mal-être psychique découle du manque réel de traitement mais que l'anticipation face au manque et donc à la souffrance psychique qui en découle est lui-même source du mal-être. Nous entendons également dans les propos de Bérengère la présence d'une souffrance psychique autre, indirectement liée au manque du produit, mais qui semble bien relever de l'impossible confrontation au « manque », au vide, à la solitude et à la perte. Le « manque » du traitement comme le « manque » du bébé. Les surconsommations au un an de Léo pourraient être liées à l'autonomisation de ce dernier et à la fin de la relation fusionnelle ? Ou bien encore à l'approche d'une séparation plus importante avec la reprise du travail ? La problématique de dépendance reste au premier plan. Le dosage actuel ne suffit pas pour faire face aux angoisses et à la souffrance psychique de Bérengère. L'ambivalence est massive puisqu'elle évoque son désir de stabiliser pour ensuite le diminuer progressivement et l'arrêter. Nous repérons également de nouveau des composantes dépressives importantes lorsque Bérengère utilise le terme « sombrer ». Le TSO relève d'un besoin, et occupe toujours une fonction de béquille pour Bérengère dans son quotidien, un objet contra-dépressif qui permet de supprimer la souffrance sans pouvoir l'élaborer. Il remplace donc l'objet-drogue. Néanmoins, il a ouvert à certains questionnements puisque Bérengère nous apprendra qu'elle a entamé un travail psychothérapique avec l'une de nos collègues à qui nous l'avions adressée suite à une demande de Bérengère au second entretien. Parallèlement à l'engagement dans un suivi psychothérapique, Bérengère a fait les démarches pour créer sa propre entreprise. Elle nous avait expliqué qu'elle avait déjà tenté un suivi qui s'était très rapidement stoppé dans la mesure où Bérengère avait eu le sentiment d'être jugée (ce qui pouvait relever de ses propres projections extrêmement négatives vis-à-vis d'elle-même) et dans la mesure où la professionnelle rencontrée ne parlait pas : « *elle ne posait pas de questions et ça je supportais pas* ». La confrontation au vide et à la solitude en présence de l'autre autant qu'en son absence est trop menaçante pour Bérengère. Cela rend de nouveau compte de la problématique dépressive sous-jacente et de défaillances narcissiques importantes.

Lors du dernier entretien, Bérengère revient sur ces questions et ajoute qu'elle fait - s'autorise selon nous - aujourd'hui plus de choses : « *faire des projets, qu'avant je le faisais pas, je le faisais pas, je le faisais pas du tout. Je m'empêchais de sortir, je m'empêchais de...de tout ça quoi. Et oui maintenant...je fais plus de choses. [...] Je me mettais des barrières*. ». Ces barrières apparaissent finalement encore présentes puisque : « *Je m'empêche de me mettre à mon compte* ». Cela a finalement trait à sa peur « *d'être pas bien* » ou « *de peur de manquer* ». La question du « manque » s'avère finalement centrale dans l'ensemble de l'entretien et le thème le plus abordé. Ces « *barrières* » qu'elle se mettait pourraient également représenter une

autopunition en lien avec son sentiment de culpabilité inconscient. L'on pourrait également les mettre en lien avec l'impossibilité d'atteindre un Idéal du moi persécuteur. Malgré tout, elle a le sentiment de mieux réussir que ce qu'elle avait imaginé, toujours dans une dévalorisation : « *Je pensais pas que j'allais si bien gérer [avec le traitement et deux enfants]. Et ouais ça se passe bien* ».

RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES

Béregère évoque des liens « *compliqués* » avec sa mère après avoir été « *fusionnelles* ». Le discours est marqué par l'inhibition et toujours la minimisation, la rationalisation et la justification dans une tentative de mise à distance des ressentis et représentations négatifs. Béregère contre-investit également les représentations négatives en argumentant sur les points de ressemblance avec sa mère qui restent très factuels (organisation et gestion du quotidien). Néanmoins, Béregère met également en avant des points de dissemblance sur le plan affectif : « *Je suis plus affectueuse qu'elle, ça c'est sûr. Et je fais pas de remarque, alors que ma mère à tendance à faire des remarques.* ». Il apparaît cependant impossible d'attaquer l'objet au risque de le détruire et de le perdre puisque les représentations négatives sont retournées sur Béregère. Il semble pourtant que Béregère soit à l'initiative d'une « *prise de distance* » par rapport à sa mère. Cela est lié à un sentiment de « *manipulation* » de la part de cette dernière qui « *va jouer avec sa santé pour nous faire culpabiliser de pas venir.* ». Malgré tout, Béregère l'appelle « *quand même tous les deux jours hein. Parce qu'il faut que j'appelle ou alors elle me fait la réflexion* ». Au-delà de l'attitude de sa mère qui participe à entretenir une relation d'emprise et de culpabilité chez Béregère, nous nous questionnons sur le poids de ses propres projections et de sa propre culpabilité inconsciente qui pourrait trouver ainsi une voie de décharge. Cela pourrait traduire des sentiments particulièrement agressifs à l'égard de l'objet maternel primaire à la hauteur de la culpabilité ressentie. La problématique de dépendance est également patente. Il n'est d'ailleurs question que de sa mère excepté lorsque nous questionnons Béregère à propos de son père. Elle explique que son père est « *entre les deux. Il est toujours entre nous.* ». Cette formulation est intéressante car à la fois, l'on a la représentation d'un père tiers dans la relation fusionnelle mère-fille, un tiers éventuellement secourable pour Béregère et en même temps, nous avons le sentiment que ce tiers se dresse entre Béregère et sa mère dans quelque chose de plus négatif qui empêche cette relation fusionnelle. L'appel et l'appui sur son père permet cependant à Béregère de s'autoriser à verbaliser des représentations plus négatives à l'encontre de sa mère. Ainsi, si elle et ses fils ne peuvent pas voir son père c'est « *dû à [sa] mère. C'est elle qui gère la maison. Il a rien à dire.* ». Cela vient remettre en cause la

représentation d'un père tiers séparateur puisque l'on a plutôt ici la représentation d'une femme dominatrice, toute-puissante face à son mari et au reste de la famille.

1.3.2. Protocole du Rorschach et psychogramme de Bérengère

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I	3''	1	Je vois un monstre qui tire la langue	Un masque méchant Les yeux La langue	G	KClob+	(H)	
II	4''	2 3	C'est quelqu'un qui se reflète dans un miroir Je vois quelqu'un Son double en fait	Une personne avec la tête, les bras et là le miroir	G D9	F+ F+	H H	Sym Sym
III	8''	4 5	Pareil, je vois quelqu'un Je vois une personne et son double	Une personne	D9 G	F+ F+	H H	Choc Ban Ban / Sym
IV	2''	6 7	Un monstre Pareil, un monstre avec des grosses bottes	Un monstre avec des bottes là	G G	FClob+ FClob+	(H) (H)	
V		8	Une chauve-souris	La chauve-souris là	G	F+	A	Ban
VI	12''	9	Ça va peut-être paraître bête mais je vois une peau de bête	Une peau de bête oui	G	F+	A	Choc Ban

								Bouge +++
VII	4''	10	Je vois une dame	Là j'ai vu une dame qui danse	D9	F+	H	Sym
		11	Pareil, toujours dans le reflet je vois	Son visage	D9	F+	H	
		12	une dame Une dame qui danse	C'est une mamie parce qu'elle a un chignon Les bras Et la robe	D9	K+	H	
VIII	4''	13	Je vois un animal	Une espèce de hyène	D1	F+	A	
		14	Ouais, un animal qui marche	Un animal sauvage	D1	Kan+	A	
IX	12''	15	Pareil, un animal		G	F-	A	Choc
		16	Je vois le nez d'un taureau Quelque chose comme ça	La tête de taureau avec les narines, les naseaux (<i>Blanc cassé</i>)	Dbl	F-	Ad	
X	11''	17	Y'a de la couleur déjà	Quelque chose de coloré				Choc

		18	Ce que je vois... Je vois pas Quelque chose de coloré, de gai		G	C+	Abstr	Dénomination couleur
--	--	----	---	--	---	----	-------	-------------------------

Rorschach Bérengère 1/2

Temps total : environ 20 minutes

Choix + :
- VII : La représentation d'une dame qui danse
- III : Une personne qui se regarde

Choix - :
- IV : Un monstre. Ça me fait peur.
- I : Parce que ça me fait peur.

Pas à l'aise pendant la passation : gigote sur sa chaise, bouge, ...

PSYCHOGRAMME Bérengère

R : 18

R additives : 0

Refus : 0

Tps total : 20''

Tps/rep. Moyen :

G : 9

G%: 53

F: 11

F%: 76

F+% : 85

H: 7

Hd:

(H): 3

H%: 59

D: 6

D%: 35

K: 2

kan: 1+

kp:

kob:

A: 5

Ad: 1

(A):

A%: 35

Dd:

Dd%:

Dbl: 1

Dbl%: 6

FC:

CF:

C: 1

FC':

C'F:

C':

Ban : 4

Elem :

Frag :

Obj :

Anat :

Géo :

Bot :

Scène :

Nature :

Arch :

Abstr : 1

Symb :

Sang :

Sexe :

Choix + : VII, III

Choix - : IV, I

TRI : 2K/1,5C

F. Compl. : 1kan/0 E

RC% : 29

IA% : 0

FClob +2

ClobF:

Clob:

KClob : 1

Eléments qualitatifs : Couleur pl. X

Sym pl. II, III, VII

1.3.3. Analyse du protocole du Rorschach de Bérengère

1.3.3.1. Clinique de la passation

Le protocole de Rorschach de Bérengère est caractérisé par l'inhibition. La productivité est restrictive avec un nombre de réponses et un temps de passation légèrement inférieurs à la norme. Par ailleurs, l'on note le besoin de prise de distance face à un matériel dont les sollicitations latentes sont source d'angoisse. Ainsi, Bérengère insiste sur le perceptif (« je vois ») et commence nombre de ses réponses par « pareil ». Elle verbalise cependant une nouvelle réponse par la suite (planches III, IV, VII et IX). L'on repère également la présence d'un refoulement névrotique qui sert l'inhibition, avec de temps de latence importants à toutes les planches exceptée la V.

La variété des déterminants rend cependant compte d'une certaine richesse du fonctionnement psychique.

Bérengère apparaît mal à l'aise pendant la passation, elle gigote sur sa chaise, se tortille. Cela rend compte de l'angoisse.

Les planches bilatérales sont toujours identifiées comme une personne et son double ou bien, un seul « côté » est pris en compte. Cela met en exergue une problématique narcissique.

1.3.3.2. Analyse des processus de pensée

Le protocole de Bérengère est marqué par une prévalence de modes d'appréhension G au détriment des D. Cela vient mettre en exergue la prise de distance par rapport aux planches et à leurs sollicitations fantasmatiques. La perception reste synthétique. Les réponses G sont principalement associées à de bonnes formes. Cela avec des réponses relevant de l'évidence perceptive et rendant donc compte de l'évitement. Les défenses semblent ainsi laisser peu passer du monde interne. L'on note néanmoins la présence deux kinesthésies de bonne forme (planches VII et VIII) qui rendent compte d'une appréhension du matériel de façon intégrative. Cela rend également et surtout compte d'un investissement de l'activité de pensée et du monde interne avec possibilité d'y accéder. Il apparaît néanmoins que les kinesthésies ne servent pas la mise en relation. L'une d'entre elles (planche VII) traduit cependant l'existence d'un mouvement pulsionnel plus libidinal (« une dame qui danse »). Il n'y a pas de valence pulsionnelle sous-jacente au mouvement à la planche VIII. La projection est ainsi mise à distance par le contrôle important sur le monde fantasmatique.

Néanmoins, les réponses G et D apparaissent associées aussi bien à des déterminants F que K, ce qui rend compte d'une pensée opérante qui se trouve parfois désorganisée de façon très transitoire sous le poids de l'angoisse de perte. L'on note en effet un Dbl supérieur à la

norme et une désorganisation transitoire de par la sensibilité au vide aux planches I et IX avec les seuls G +/- et G-. Cela rend compte d'une sensibilité au vide, une sensibilité dépressive.

Les réponses G+ prévalentes et les réponses D exclusivement associées à de bonnes formes impliquent une bonne adaptation à la réalité externe. Cela est corroboré par un F% supérieur à la norme. Cela rend également compte d'un contrôle sur la vie interne et particulièrement sur la vie affective qui apparaît dès lors plus limitée. L'on note un F- (planche IX) et un F+/- (planche I) qui rendent compte d'une désorganisation transitoire sous le poids des angoisses et des fantasmes. Bérengère est capable de s'appuyer sur la réalité malgré des incursions par les mouvements projectifs. Les frontières entre réalités interne et externe apparaissent cependant opérantes.

Le F+% est dans la norme et met en évidence le bon ancrage dans la réalité, l'exactitude des processus perceptifs et une bonne socialisation. Les banalités suffisantes en nombre impliquent également une bonne adaptation à la vie sociale. L'on note également l'identification à des contenus humains, garantissant l'intégrité de la représentation de soi (réponses H) et des scénarios conformistes (réponses A).

Le RC% est inférieur à la norme et implique dès lors une plus grande difficulté pour Bérengère de se laisser imprégner par l'environnement. L'on note néanmoins une réponse couleur à la planche X qui rend compte de l'émergence de la vie affective et d'une sensibilité à l'environnement empreinte de plaisir mais plus labile car non intégrée à une représentation formelle. L'on ne note aucune sensibilité aux planches rouges et aux autres planches pastelées, ce qui vient traduire une sensibilité affective et une vie pulsionnelle réprimées. Il y a ainsi une difficulté à intégrer les affects et les mouvements pulsionnels au sein des représentations.

La pensée est ainsi mobilisée et opérante chez Bérengère. Elle semble plus investie à des fins défensives mais la vie interne reste investie et relativement accessible. La pensée semble être investie dans le plaisir mais apparaît néanmoins conformiste. L'on note, malgré la répression des affects et de la vie pulsionnelle, le plaisir à la planche X, seule planche où Bérengère apparaît sensible à l'environnement et à la couleur. Bérengère est également en mesure de s'adapter à la vie sociale et à la réalité externe. La frontière entre monde interne et monde externe semble également opérante. Le contrôle, l'évitement et l'investissement perceptif restent cependant dominants soutenant l'inhibition.

1.3.3.3. Représentations de soi, narcissique

Nous ne notons pas de problématique identitaire chez Bérengère puisque la représentation de la planche V, la présence de contenus humains de bonne forme et la présence de kinesthésies majoritairement associées à des bonnes formes rendent compte d'une représentation de soi intègre.

La sensibilité au vide est importante chez Bérengère avec un Dbl supérieur à la norme. Elle se repère à la planche I, où elle est associée à un vécu menaçant de persécution entraînant une désorganisation transitoire, et à la planche IX. Cela met en exergue une problématique de perte et une problématique narcissique. Celle-ci est renforcée par la présence de réponse reflet/symétrie aux planches II, III, VII et VIII sans prise en compte de l'organisation de la tâche. Les kinesthésies rendent également compte de la specularité. Tout cela renvoie à la question du « double », du « même ». L'on note également, l'effraction sensorielle non contenue par une forme à la planche X qui rend compte d'une sensibilité face à la séparation, contre-investie par ailleurs. Cela signifie la présence d'une problématique de perte. Tout cela vient également mettre en exergue une défaillance, un trouble du processus de séparation-individuation.

Bérengère est en mesure d'identifier des personnages humains mais sans sexualisations aux planches II et III.

Bérengère identifie et reconnaît la puissance phallique à la planche IV avec un symbolisme sexuel transparent. Elle peut s'y identifier à travers un personnage actif. La planche VI est marquée par une réactivité face à la sollicitation sexuelle de la planche puisque le temps de latence est bien plus long et que Bérengère donne une réponse banale non sexualisée. La confrontation à la passivité est ainsi possible mais angoissante (castration ? perte d'objet ?).

Bérengère est également en capacité d'identifier un personnage féminin à la planche VII. L'on note par ailleurs une dimension linéarisée à travers la kinesthésie (« Une dame qui danse »). Néanmoins, la planche est traitée dans une valence narcissique, spéculaire sans possibilité d'évocation de la relation ou de l'autre.

L'on peut donc conclure sur une possible problématique identificatoire de par l'absence d'identification sexuée aux planches II et III, et la reconnaissance des symbolismes sexuels phalliques.

1.3.3.4. Représentations de relations

Comme nous l'avons déjà noté à plusieurs reprises, deux des trois kinesthésies (planches VII et VIII) sont des kinesthésies qui ne rendent pas compte de la relation qui est ainsi complètement évitée. Il s'agit toujours d'une personne et son double, son reflet. Les K sont ainsi spéculaires. La question du double narcissique est également présente à trois autres planches (II, III, VII), ce qui rend de nouveau compte de la problématique narcissique et de l'évitement massif de la relation à l'autre. Les réponses D, inférieures à la norme, servent également essentiellement l'évitement de la relation et donc du conflit, et la spécularité puisqu'elles sont quasi uniquement présentes à ces mêmes planches. Les mouvements pulsionnels sont également absents.

La première planche renvoie à une représentation angoissante archaïque (oralité) et persécutrice (« yeux ») dans une identification projective qui peut renvoyer au premier objet maternel mais peut également s'entendre comme réaction face à la rencontre avec l'objet-test. La sensibilité au blanc traduisant la problématique de perte. C'est également un des choix négatifs de Bérengère puisqu'elle lui fait « peur ». La planche IX renforce la problématique dépressive/narcissique par une nouvelle sensibilité au blanc. L'imago maternelle archaïque apparaît comme une puissance phallique. Le creux symbolique qui renvoie à la contenance maternelle est transformé en effet élément phallique suivi du refoulement. Bérengère se désorganise sous le poids des fantasmes et angoisses. L'imago maternelle archaïque n'apparaîtrait alors pas comme structurante. La figure maternelle est, de plus, dévalorisée et ainsi mise à distance à l'enquête de la planche VII (« une mamie »). Bérengère peut cependant identifier une figure féminine.

Les planches dites paternelles et phalliques (IV et VI) ont déjà été abordées précédemment. Notons néanmoins que la planche IV est un choix négatif de Bérengère puisque « un monstre, ça me fait peur », ce qui renvoie au fantasme de séduction refoulé.

Enfin, la planche X rend compte d'une problématique de séparation. En effet, le temps de latence important et l'effraction sensorielle traduisent une sensibilité accrue sans contrôle. Néanmoins, l'on note la valence plaisir et le choix positif de cette planche. Il s'agirait alors d'un contre-investissement de la problématique de séparation.

1.3.3.5. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

L'angoisse est présente dans l'ensemble du protocole à travers la décharge physique de Bérengère (gigote, se tortille tout au long de la passation). La référence à des personnages monstrueux et/ou dangereux est également présente aux planches I et IV. L'angoisse semble

relever d'une angoisse de perte à travers la sensibilité au blanc et la problématique narcissique majeure associée à l'évitement de la relation. La présence d'éléments plus névrotiques pourrait-elle impliquer une angoisse de castration également présente dans une moindre mesure ?

Les défenses sont majoritairement l'inhibition qui est opérante dans l'évitement contre les représentations de relations et les affects. L'on note également le refoulement avec les temps de latence importants.

1.3.3.6. Conclusion

Le protocole du Rorschach de Bérengère est largement dominé par l'inhibition. L'on note l'absence de problématiques des limites et la présence d'éléments plus névrotiques (refoulement, symbolisme phallique) bien que cela reste très inhibé. La pensée reste mobilisée chez Bérengère mais l'investissement perceptif reste prégnant. Par ailleurs, l'évitement de la relation, du monde pulsionnel et la problématique narcissique, massifs, dominant clairement le protocole.

1.3.4. Protocole du TAT de Bérengère

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: (7 sec) Donc c'est un petit garçon qui... (4 sec) qui aimerait apprendre la musique... (4 sec) et qui regarde ce violon euh... en réfléchissant à ce qu'il pourrait... à comment y jouer, à comment faire... *Est ce qu'il va finir par y arriver ? Oui.*

Procédés du discours : (7 sec) Donc c'est un petit garçon qui... (4 sec) qui aimerait apprendre la musique... (4 sec) [CI1 ; A11 ; A24 ; CI1] et qui regarde ce violon euh... en réfléchissant à ce qu'il pourrait... à comment y jouer, à comment faire... [A11 ; A31 ; A24] *Est ce qu'il va finir par y arriver ? Oui.*

Problématique de la planche : *L'immaturation fonctionnelle, dans une problématique de castration, est reconnue et traitée par Bérengère dans la mise en œuvre d'un conflit intrapsychique. Bérengère est capable, en s'appuyant sur l'intervention de la clinicienne, d'élaborer ce conflit psychique dans un dépassement positif.*

Planche 2: (10 sec) Donc euh (7 sec) c'est la vie à la ferme. La vie de l'agriculture euh...(11sec) Qu'est ce que euh...(3sec). C'est trois personnes qui... (4sec) qui vivent bien, qui sont heureux dans leur métier on va dire.

Procédés du discours : (10 sec) Donc euh (7 sec) c'est la vie à la ferme. La vie de l'agriculture euh...(11sec) [CI1 ; CF1 ; E41 ; CI1] Qu'est-ce que euh...(3sec) [B21 ; CI1]. C'est trois personnes qui... (4sec) qui vivent bien, qui sont heureux dans leur métier on va dire [A11 ; CI2 ; A34 ; CN2+ ; CM3 ; E23 ; A31 ; CI2].

Problématique de la planche : *Bien que les trois personnages soient identifiés par Bérengère, c'est l'isolement entre eux qui prédomine. Ils ne sont pas identifiés sexuellement et il n'est pas question des relations existantes entre eux. Le récit est marqué par l'inhibition et par une désorganisation transitoire impliquant la reconnaissance et l'évitement massif du conflit psychique lié à la reconnaissance de la triangulation œdipienne. Celle-ci est ainsi évitée par Bérengère. Les défenses narcissiques et contra dépressives laissent penser que la triangulation œdipienne peut laisser transparaitre une problématique de perte d'objet, d'impossible séparation avec les objets originaires.*

Planche 3BM : (5 sec) C'est une personne triste. Une personne effondrée qui... Ouais je vois une personne effondrée qui ne sait plus où elle en est et euh...qu'a besoin de soutien (10 sec). Ouais c'est tout.

Procédés du discours : (5 sec) C'est une personne triste [A11 ; CI2 ; B22]. Une personne effondrée qui... [A11 ; CI2 ; CN3 ; CI3] Ouais je vois une personne effondrée qui ne sait plus où elle en est et euh...qu'a besoin de soutien (10 sec) [A11 ; CI2 ; CN3 ; CI2 ; CM1+ ; CI1]. Ouais c'est tout.

Problématique de la planche : *La problématique dépressive intrinsèque à la planche 3BM entraîne la verbalisation d'un affect dépressif dans un premier temps. Il ne peut être mis en lien avec la représentation de perte. Finalement, l'affect apparaît éprouvé à la périphérie de la psyché et non au-dedans, ce qui constitue une mesure de protection contre l'impact émotionnel lié à la problématique de perte d'objet. Cette problématique et les affects dépressifs qu'elle*

véhicule entraînent l'introduction d'un objet avec une centration sur sa fonction d'étayage, comme défense contre une angoisse de perte d'objet anaclitique.

Planche 4: (3 sec) Alors deux amants, deux personnes qui...(6 sec) qui passent un bon moment ensemble.

Procédés du discours : (3 sec) Alors deux amants [A11 ; B32], deux personnes qui...(6 sec) qui passent un bon moment ensemble [A11 ; CI2 ; CI1 ; B11 ; CN2+ ; CM3 ; CI2].

Problématique de la planche : *La relation de couple érotisée est reconnue mais le conflit ne peut s'élaborer autour de l'ambivalence pulsionnelle. L'idéalisation de la représentation dans une forme de banalisation traduit une défense et un évitement face à l'angoisse de séparation et d'abandon, autant que l'évitement de l'ambivalence pulsionnelle.*

Planche 5 : C'est...Je vois une grand-mère qui vient surveiller ce qui se passe. Donc oui donc je vois une grand-mère qui vient surveiller ses enfants, ce qu'ils font. Enfin ses petits enfants, qu'ils font pas de bêtises dans la salle à manger.

Procédés du discours : C'est...Je vois une grand-mère qui vient surveiller ce qui se passe [A11 ; E13 ; E22 ; CI2]. Donc oui donc je vois une grand-mère qui vient surveiller ses enfants, ce qu'ils font [A11 ; E13 ; E22 ; B12 ; →E33] Enfin ses petits-enfants, qu'ils font pas de bêtises dans la salle à manger [B32 ; A12].

Problématique de la planche : *Béregère reconnaît et traite la question de la curiosité sexuelle et de la pulsion scopique portées par la figure féminine maternelle. Cela renvoie néanmoins à une représentation persécutrice de la figure maternelle. La massivité des fantasmes et l'angoisse sous-jacente viennent désorganiser le discours à minima avec une fausse perception comme mise à distance du fantasme et une désorganisation de la causalité logique que Béregère rattrape. Ces procédés restent opérants puisqu'ils lui permettent d'aborder la problématique de la planche avec la reconnaissance de la curiosité sexuelle.*

Planche 6GF : (silence 9 sec) Alors je... Une jeune femme qu'est assise euh...et son compagnon, conjoint vient lui poser certaines questions et lui demande ce qui se passe.

Procédés du discours : (silence 9 sec) Alors je... Une jeune femme qu'est assise euh... et son compagnon, conjoint vient lui poser certaines questions et lui demande ce qui se passe [A11 ; B32 ; B11 ; CI2 ; B32].

Problématique de la planche : *L'inhibition laisse transparaître le fantasme de séduction refoulé.*

Planche 7GF : (4 sec) Une maman qui apprend à sa petite fille comment... comment pouponner, comment s'occuper d'un nouveau né. *C'est celui de la fille le nouveau né ?* (5 sec) Je pensais à une poupée.

Procédés du discours : (4 sec) Une maman qui apprend à sa petite fille comment... comment pouponner, comment s'occuper d'un nouveau-né. [A11 ; B11 ; CM1+] *C'est celui de la fille le nouveau-né ?* (5 sec) Je pensais à une poupée.

Problématique de la planche : *Le récit est centré sur la transmission des capacités maternelles et maternantes de la mère à la fille, ce qui semble donc permettre l'accession de la fille à à une place de mère.*

Planche 9 GF : (5 sec) Alors euh... c'est deux jeunes femmes sur la plage et qui...s'amuse et qui prennent du bon temps sur la plage.

Procédés du discours : (5 sec) Alors euh... c'est deux jeunes femmes sur la plage et qui...s'amuse et qui prennent du bon temps sur la plage [CF1 ; A12 ; CN2+ ; CM3 ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique de rivalité féminine ne peut être abordée par Bérengère dont le récit reste marqué par le factuel, la banalisation et l'idéalisation et impossible à conflictualiser. Derrière un évitement manifeste de la conflictualité, il est probable ce soit une agressivité plus violente qui se mobilise dans une problématique où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa perte.*

Planche 10 : C'est deux personnes...deux personnes âgées aimantes qui dansent, qui peuvent danser un slow, qui se câlinent.

Procédés du discours : C'est deux personnes...deux personnes âgées aimantes qui dansent, qui peuvent danser un slow, qui se câlinent [B32 ; B32 ; B32].

Problématique de la planche : Le couple est identifié par Bérengère qui peut lier à la fois tendresse et désir sexuel.

Planche 11 : (8 sec) Je vois un ch...'fin ouais c'est... (8 sec) Une ballade dans la nature, je vois une ballade dans la nature et c'est assez sombre le chemin et on voit pas ce qu'il y a au bout.

Procédés du discours : (8 sec) Je vois un ch...'fin ouais c'est... (8 sec) [A31 ; CI1] Une ballade dans la nature [A11]. Je vois une ballade dans la nature [A31 – remâchage ; A11] et c'est assez sombre le chemin [A31 ; CL2 ; A11] et on voit pas ce qu'il y a au bout [CL2 ; CI3].

Problématique de la planche : La problématique de la planche qui renvoie à l'imaginaire maternelle est traité sur un mode inhibé et factuel. La pensée s'enlise sans que puisse être abordé la problématique en jeu. Finalement, Bérengère ne peut que s'appuyer sur le sensoriel et le percept dans quelque chose d'angoissant, ce qui vient témoigner de la dépendance aux objets externes pour pallier les défaillances de l'objet interne. La problématique de l'imaginaire maternelle est donc marquée par les défaillances de l'objet interne.

Planche 13B : (9 sec) C'est un petit garçon qui attend euh...qu'attend, qui s'ennuie, qui sait pas quoi faire et qui voudrait jouer à euh... qui aimerait jouer avec d'autres petits enfants.

Procédés du discours : (9 sec) C'est un petit garçon qui attend euh...qu'attend, qui s'ennuie, qui sait pas quoi faire et qui voudrait jouer à euh... qui aimerait jouer avec d'autres petits enfants [A11 ; A24 ; B22 ; A31 ; B12].

Problématique de la planche : *La confrontation à la solitude dans un environnement précaire entraîne la verbalisation de sentiments dépressifs à minima (ennui). Carine ne peut se dégager de la problématique et du conflit mobilisés que par l'introduction d'un tiers.*

Planche 13MF : (6 sec) J'vois...enfin ouais... C'est une dame qu'est allongée, qu'a l'air de plus bouger et euh le monsieur sait pas quoi faire. Il est triste. Il est un peu désemparé. *Quelle est leur relation ? Amants.*

Procédés du discours : (6 sec) J'vois...enfin ouais... [CI1] C'est une dame qu'est allongée, qu'a l'air de plus bouger [CI2 ; CF1 ; A31] et euh le monsieur sait pas quoi faire [CI2 ; A24]. Il est triste [B22]. Il est un peu désemparé [A34]. *Quelle est leur relation ? Amants [B32].*

Problématique de la planche : *La relation entre les personnages, relation de couple sexualisée peut être évoquée par Bérengère en s'appuyant sur l'intervention de la clinicienne. Bérengère, malgré la reconnaissance d'affects dépressifs, ne peut les mettre en lien ni avec la perte de l'objet d'amour ni avec une représentation mortifère, évitée par le surinvestissement de la réalité externe. Le récit ne peut se conflictualiser.*

Planche 19 : (12 sec) Alors c'est un peu euh...(4 sec) C'est sur la mer. C'est un bateau qui s'en va qu'est sur la mer. *Qu'est ce qu'il pourrait se passer ?* Une tempête, va y avoir une tempête. Un bateau sur la mer et y'a une tempête qu'arrive quoi, une grosse tempête

Procédés du discours : (12 sec) Alors c'est un peu euh...(4 sec) [CI1] C'est sur la mer. C'est un bateau qui s'en va, qu'est sur la mer. [A11 ; B24 ; CI] *Qu'est ce qu'il pourrait se passer ?* Une tempête, va y avoir une tempête [A11 ; E23]. Un bateau sur la mer et y'a une tempête qu'arrive quoi, une grosse tempête [A31 – remâchage ; A11 ; E23 ; CI].

Problématique de la planche : *Bérengère reste accroché au contenu manifeste de la planche. Bérengère fait référence aux limites et aux contours, ce qui vient assurer ici la limite entre dedans et dehors. Néanmoins, il apparaît une représentation du dehors potentiellement persécutrice. La réactivation de problématique archaïque persécutrice l'empêche ainsi de construire un récit conflictualisé.*

Planche 16 : Ça c'est à moi de décrire ! (rire) Ça c'est à moi de décrire (5 sec) Moi je vois un gros soleil avec euh de l'espoir, l'espoir qu'on s'en sorte.

Procédés du discours : Ça c'est à moi de décrire ! (rire) [B21 ; CM3] Ça c'est à moi de décrire (5 sec) [A31 ; B21]. Moi je vois un gros soleil avec euh de l'espoir, l'espoir qu'on s'en sorte [CN2+ ; E23 ; CI2].

Problématique de la planche : *Les défenses narcissiques et antidépressives traduisent une problématique narcissique avec le besoin de renforcer une image défailante d'elle-même.*

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 +	E11
A12 +	B12 +	CF2	E12
A13	B13		E13 +
A14	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21	B21 +	CI3	E21
A22	B22 +		E22 +
A23	B23	CN – Investissement narcissique	E23 ++
A24 ++	B23 +	CN1	
		CN2 ++	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3	E31
A31 +++	B31	CN4	E32
A32	B32 +++	CN5	E33 +
A33	B33		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41 +
		CL2 +	E42
		CL3	E43
		CL4	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 +	
		CM2	
		CM3 ++	

1.3.5. Analyse du protocole du TAT de Bérengère

1.3.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole du TAT de Bérengère apparaît assez pauvre puisque marqué par l'inhibition. L'on y retrouve néanmoins l'ensemble des catégories de procédés du discours. Les procédés rigides sont ainsi présents. Il s'agit cependant essentiellement de la description et de l'attachement à la réalité externe qui ne soutiennent pas la conflictualisation, évitée excepté aux planches 1, 6GF et 13B. Le doute à travers les précautions verbales demeure également massif dans une défense contre la sollicitation latente des planches.

Des procédés labiles sont également identifiés. Ils rendent compte de l'investissement de la relation et de l'érotisation des relations. Néanmoins, cette dernière s'inscrit dans l'aconflictualité et/ou l'angoisse de perte d'objet (planches 4, 13MF). L'on note quelques affects uniquement dépressifs (planches 3, 13B et 13MF) et des commentaires personnels à la planche 16 qui rendent compte d'une certaine difficulté à fantasmer sans support perceptif dans un premier temps.

Les procédés rendant compte de l'évitement du conflit sont ainsi dominants dans ce protocole avec l'inhibition et le surinvestissement de la réalité externe comme évitement de la problématique œdipienne notamment et de la perte d'objet (planches 2, 9GF et 13MF). L'on repère également des procédés rendant compte de l'investissement narcissique avec notamment des CN2+ comme évitement des représentations et affects agressifs et de perte d'objet (planches 2, 4, 9GF). L'on note également des procédés maniaques antidépressifs à ces mêmes planches et le besoin de soutien et d'étayage traduisant la dépendance anaclitique aux planches 3 et 13B.

Les processus primaires sont présents également à minima et mettent en évidence la massivité de la projection face à l'angoisse de perte et face à l'imgo maternelle archaïque.

1.3.5.2. Synthèse des problématiques

La problématique œdipienne ne semble pas élaborée pour Bérengère. En effet, elle évite complètement la triangulation œdipienne à la planche 2 avec le recours à des défenses narcissiques et maniaques que l'on retrouve également à la planche 9G où la rivalité est déniée, ainsi qu'à la planche 4. Il nous semble que cela a pour visée d'éviter les mouvements agressifs autant que la perte d'objet. La relation libidinale érotisée est par ailleurs identifiée et traitée à la planche 4 ainsi qu'à la planche 10 où elle est associée à la tendresse. La relation teintée d'agressivité pourrait alors renvoyer à la disparition de l'objet d'amour. Cela traduit une angoisse de perte.

La problématique dépressive est d'ailleurs présente dans le protocole puisque, malgré la verbalisation d'affects dépressifs aux planches 3 (réprimés ensuite) et 13 B, ils ne peuvent être mis en lien avec des représentations de perte. La solitude entraîne le recours à un objet tiers, d'étayage. Cela rend compte d'une dépendance de type anaclitique et de la défaillance d'élaboration de la position dépressive pour Bérengère. Elle ne peut pas non plus faire référence à une représentation mortifère à la planche 13 MF malgré des affects dépressifs verbalisés.

L'on ne note pas de problématique identitaire chez Bérengère. L'identification sexuée apparaît possible.

La planche 7GF rend compte d'une transmission des capacités maternelles et maternantes de mère en fille et donc d'une identification possible de Bérengère à la figure maternelle permettant un accès au statut de mère. L'imgo maternelle archaïque apparaît néanmoins angoissante et persécutrice aux planches 11 et 19. L'on note d'ailleurs la défaillance de l'objet interne à la planche 11.

Enfin, la planche 16 vient mettre en exergue la problématique dépressive associée à des défaillances narcissiques chez Bérengère.

1.3.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Bérengère

Les entretiens de recherche, de même que les tests projectifs de Bérengère sont marqués par une inhibition importante qui s'allège néanmoins lors du dernier entretien. Les procédés rigides sont particulièrement présents dans les entretiens à travers les nombreuses précautions verbales, la tendance à la description, la rationalisation, l'intellectualisation et l'annulation. Ces procédés rendent compte d'une certaine conflictualisation intrapsychique qui reste cependant ainsi mise à distance. Ces procédés rigides permettent également l'évitement d'affects et de représentations plus négatifs et/ou agressifs. Il apparaît en effet au cours des entretiens le risque sous-jacent d'une destruction et donc de la perte de l'objet ainsi « attaqué ». La haine contre les objets semble retournée contre elle-même. En effet, les procédés rigides permettent également le maintien de l'idéalisation à l'égard des objets dont Bérengère s'avère dépendante. L'idéalisation de l'objet est à la hauteur de sa propre dévalorisation, massive, ce qui traduit un

clivage en termes de bon et de mauvais objet à l'œuvre. Cela rend également compte d'une problématique narcissique massive chez Bérengère, également notée à travers un Idéal du Moi quasi-persécuteur et un sentiment de culpabilité exacerbé rattaché à un Surmoi tyrannique. Bérengère s'impose ainsi des « barrières », des limites qui pourraient s'articuler à une forme d'autopunition face à une dette à payer dans un versant plus névrotique. Des affects de valence positive sont repérés, de même que l'émergence transitoire de processus primaires qui rendent compte de l'angoisse concernant la santé de son bébé.

Le protocole du Rorschach corrobore l'existence d'une problématique dépressive et de défaillances narcissiques chez Bérengère. L'inhibition reste dominante avec l'évitement de la fantasmagorie des planches autant que des pulsions et de la relation. La pensée apparaît néanmoins investie, de même que le monde interne mais plutôt sur un mode défensif. Enfin, il est important de noter le maintien de limites relativement stables entre monde interne et monde externe chez Bérengère.

Le protocole du TAT est également dominé par l'inhibition. Les procédés rigides soutiennent peu la conflictualisation et les procédés labiles rendent compte de l'investissement et de l'érotisation de la relation aboutissant finalement à un traitement des problématiques en terme d'angoisse de perte. Le conflit œdipien, l'agressivité et la perte d'objet sont évités. Le TAT rend également compte, dans la continuité des entretiens et du Rorschach de problématiques dépressive et narcissique chez Bérengère.

L'angoisse de perte d'objet est ainsi dominante chez Bérengère qui présente une relation de dépendance anaclitique à son conjoint ainsi qu'à ses parents. La recherche d'un « cadre » étayant est massive. La forme d'autopunition qu'elle s'inflige, la culpabilité exacerbée soulignant l'existence d'une dette inconsciente et la recherche de perfection peuvent également s'inscrire dans un versant plus névrotique.

La grossesse et le fœtus sont investis positivement par Bérengère. Le bébé fait l'objet de représentations bien qu'assez peu nombreuses, ce que l'on rapporte au fait qu'il s'agit d'un deuxième enfant et d'un deuxième garçon. La relation mère-bébé est également déjà présente le temps de la grossesse. Cela traduit l'existence d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé qui apparaît par ailleurs différencié (Missonnier, 2004). Le traitement de substitution aux opiacés occupe néanmoins beaucoup de place dans la psyché de Bérengère en lien avec ses craintes d'un syndrome de sevrage néonatal, aux effets sur le caractère de son enfant et aux effets sur leurs propres relations. Cela découle de sa propre culpabilité hyper massive. Nous notons également que le bébé était attendu dans un premier

comme un pare-drogue pendant la grossesse, en écho à la grossesse de son fils aîné. En effet, Bérengère avait stoppé toutes ses consommations de drogue impliquant que la grossesse et l'enfant en elle ont représenté un renflouage narcissique suffisant. Les consommations ont cependant repris semble-t-il au début de l'autonomisation de son fils. Le traitement de substitution est également largement abordé pendant la grossesse en termes de secret et d'angoisse de perte de son conjoint s'il venait à apprendre qu'elle était toxicomane. Cette angoisse de perte est envahissante au point de risquer de mettre son bébé en manque pour limiter illusoirement le risque de syndrome de sevrage. Ce dernier n'est en effet pas dépendant de la quantité de drogue ou de traitement ingérée par la future mère. Bérengère est dans la recherche d'une famille « idéale » qui lui offrira un cadre « sécurisant ».

L'envahissement de la grossesse, de l'accouchement et des premiers jours de vie de Léo par le risque d'un syndrome de sevrage pourrait avoir participé à une mise en suspens ou, en tous cas, un investissement moindre du fœtus d'abord puis, potentiellement, du bébé potentiellement malade du fait du syndrome de sevrage néonatal et donc culpabilisant mais également source de destruction du « cocon » de sécurité créé, attendu et massivement investi par Bérengère. Le fait que Léo aille bien et qu'il n'y ait finalement pas eu de syndrome de sevrage néonatal aurait cependant permis son réinvestissement par Bérengère narcissique puis objectal. Le syndrome de sevrage néonatal infiltre cependant encore au dernier entretien tout ce qui concerne son fils malgré un développement semble-t-il harmonieux de ce dernier. La culpabilité reste également massive. Son fils est néanmoins investi positivement et reconnu comme un être d'altérité par Bérengère malgré la projection de ses propres angoisses de séparation et de « manque » sur celui-ci.

La peur de « manquer » pouvant s'entendre en termes de problématique de castration s'articule également à la difficile confrontation à l'ennui et à la solitude rendant de nouveau compte de la problématique de perte et de la dépendance anaclitique de Bérengère. Le traitement de substitution auquel elle a recours depuis 7 ans vient ainsi combler illusoirement ce « manque » mais semble aujourd'hui ne plus remplir complètement (correctement ?) cette fonction. Il fait cependant toujours office de béquille, de soutien face au besoin de Bérengère d'être toujours « à fond » dans un idéal de perfection. Paradoxalement, c'est aussi par le biais de ce traitement de substitution que Bérengère se punie en refusant d'augmenter les doses de façon à ne pas ressentir de manque physique. Il participe également massivement à la représentation dévalorisée qu'elle a d'elle-même. Il nous semble ainsi que la fonction du produit a évolué puisqu'au début de sa dépendance l'objet-drogue représentait un objet de médiation relationnel en tant que moyen de se séparer de ses parents et de maintenir la relation avec son

conjoint de l'époque. L'objet-drogue avait également pour fonction de fuir les difficultés et d'apporter un sentiment de bien-être rappelant le renflouage narcissique de sa première grossesse qui a permis d'arrêter toutes les consommations jusqu'aux quatre mois de son fils. La grossesse de Léo et Léo lui-même apparaissent investis différemment de sa première grossesse et de son fils aîné qui semblaient « combler » les manques (affectifs) de Bérengère dans un investissement plus narcissique et plus fusionnel. Son aîné aurait alors remplacé l'objet-drogue. L'on peut cependant supposer des remaniements narcissico-objectaux, favorisés par la relation avec son conjoint et la mise en place du traitement de substitution, qui auraient été élaborés entre la naissance de son aîné et celle de Léo. Néanmoins, ces remaniements peuvent avoir été favorisés par cette première grossesse et ce premier enfant et avoir été à l'origine de la demande de substitution. Par ailleurs, la relation anaclitique avec son conjoint peut simplement avoir remplacé celle avec son aîné. Cela a cependant permis un investissement différencié de Léo qui n'est pas venu remplacer de l'objet-drogue. L'on peut se demander si, malgré la problématique de perte massive chez Bérengère et les défaillances narcissiques repérées, la problématique addictive ne s'est pas déplacée dans quelque chose de mieux élaboré pour Bérengère.

1.4. CARINE

1.4.1. Analyse clinique des entretiens de recherche de Carine

1.4.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 de Carine

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Carine est une jeune femme de **31 ans**. Elle attend son premier enfant, une fille. Elle est enceinte d'environ huit mois. Elle vit actuellement **en couple avec le père du bébé, consommateur de drogues** également. Nous la rencontrons au CSAPA où elle est prise en charge pour son **traitement de substitution aux opiacés** depuis quelques années. Celui-ci s'accompagne de consommations occasionnelles d'héroïne. Elle consommait ainsi encore de **l'héroïne en début de grossesse**, avant d'avoir connaissance de son état. Elle fume du **tabac** mais a **stoppé ses consommations de cannabis**.

Carine se présente comme une jolie jeune femme blonde, assez mince. Elle a l'air fatiguée et angoissée. Elle parle à voix basse. Elle semble se détendre au fur et à mesure de l'entretien, s'autorisant à évoquer son vécu. Néanmoins, son discours restera inhibé avec la nécessité de la part de la chercheuse de poser beaucoup de questions. Il s'agit à la fois de la solliciter mais également de l'étayer.

HISTOIRE DE VIE

L'absence de la figure paternelle et la recherche d'amour

L'enfance et l'adolescence de Carine ont été marquées par le divorce de ses parents lui-même marqué par de la violence. Carine et son frère sont restés vivre chez leur mère, ne voyant que rarement leur père qui a déménagé et s'est remarié avec une femme qui avait déjà deux enfants et qui faisait barrage à la relation entre les enfants et leur père d'après Carine. La belle-mère et ses enfants occupent la place de mauvais objet ce qui permet à Carine de « dédouaner » son père, de ne pas remettre en question une représentation positive de lui, qui n'a pour autant pas tenté de s'opposer à sa nouvelle compagne pour voir ses enfants. Cela est à l'origine d'un vécu abandonnique chez Carine. C'est suite à une mise au point de son frère, lorsqu'ils ont été plus âgés, que les relations avec leur belle-mère se sont améliorées. Ils ont ainsi pu verbaliser leur sentiment d'avoir été exclus et le fait qu'ils en ont « souffert ». Son grand frère occupait ainsi la place de « protecteur » vis-à-vis de Carine.

Carine ajoute qu'elle et son père « rattrapent aujourd'hui » les moments du passé. Il s'agit d'une forme de déni puisque le passé ne peut être rattrapé ni les moments manqués. Cela

traduit également l'attente d'un père de la part de Carine et une certaine idéalisation de ce dernier et de leurs relations. C'est d'ailleurs toujours de son père qu'elle parle en premier, avant d'évoquer sa mère. Il occupe ainsi une place très importante pour elle. C'est également à lui qu'elle a annoncé en premier sa grossesse. Il est important pour Carine de lui faire plaisir, peut-être pour occuper la place de petite fille gratifiante en lui donnant un petit-enfant qu'il attend depuis longtemps. Cela probablement dans une recherche de son affection, de son amour. Cela nous renvoie également aux fantasmes œdipiens dans la mesure où elle a fait ce bébé pour elle et pour son père (pour qu'il puisse enfin être grand-père), mais pas pour son conjoint qui semble moins investi dans la grossesse que le grand-père du bébé.

Des relations avec la mère marquées par la culpabilité et le désir de réparation

Lorsqu'elle parle de sa mère, Carine fait référence au « sacrifice » : « *Elle s'est beaucoup sacrifiée pour nous, qu'elle a toujours pensé à notre bonheur, à notre confort avant de penser au sien.* », ce qu'elle met en opposition avec le vécu de sa mère avec sa propre mère qui « *faisait des différences entre ses neufs enfants donc euh du coup euh ma mère a toujours tenu à ça, à nous aimer de la même manière* ». Carine fait ainsi régulièrement des liens avec les générations précédentes. Les représentations concernant sa mère sont donc positives et elle représenterait « *plus un exemple qu'autre chose* ». Cette dernière formulation laisse néanmoins entendre qu'elle n'est un exemple que dans une certaine mesure. Il y aurait donc à la fois identification et différenciation par rapport à sa mère en tant que mère, ce qui est potentiellement garant de l'accès au statut psychique de mère pour Carine.

Les relations avec sa mère ont été « *difficiles* » à l'adolescence. Elle se décrit comme « *méchante* » avec sa mère, « *l'envoyait balader* » et « *lui reprochait des choses* », « *lui en voulait alors que c'était pas de sa faute* ». Nous nous demandons si elle ne lui reprochait pas notamment des choses concernant son père, peut-être son départ et le divorce. Sa mère aurait été tenue responsable du départ de son père, probable objet d'amour de Carine à cette époque (Carine avait 5 ans).

Son comportement par rapport à sa mère est source de la culpabilité, toujours présente chez Carine. La culpabilité pourrait être mise en lien avec le sentiment qu'elle lui devrait quelque chose dans la mesure où sa mère s'est « *sacrifiée* » pour ses enfants. Elle peut également être mise en lien avec la culpabilité œdipienne.

Rencontre avec les produits

Carine attribue également son comportement à ses « *mauvaises fréquentations* » et au « *cannabis* », des éléments externes. Les consommations de cannabis ont débuté à l'adolescence (15, 16 ans). L'héroïne « *c'est un enchaînement en fait. C'est on fume du cannabis et puis on traîne avec des personnes différentes qui consomment euh d'autres choses différentes donc ils nous disent euh « veux-tu essayer ? » et puis euh j'pensais que le traitement de substitution allait me faire arrêter rapidement puis en fait je pense que c'est un engrenage...* ». Elle pensait également pouvoir arrêter rapidement, traduisant un déni de sa dépendance aujourd'hui reconnue. Carine ne fait pas de liens sur d'éventuelles raisons ou causes qui auraient pu intervenir dans la mise en place de la dépendance et sa toxicomanie. Pour elle, il s'agirait de « *se trouver des excuses* ». Cela renforce l'image dévalorisée qu'elle a d'elle-même. Elle considère alors que c'est un mauvais choix de jeunesse et qu'elle n'avait pas conscience des conséquences. Il n'y a ainsi aucune reconnaissance du mal-être psychique ayant pu favoriser la toxicomanie. L'investissement scolaire lui a cependant permis de prendre de la distance par rapport à ses « *mauvaises fréquentations* », de même, selon nous que l'investissement professionnel auprès de son frère puisqu'elle a suivi sa voie et qu'ils avaient projeté de travailler ensemble par la suite. La famille occupe ainsi une place centrale pour Carine.

La perte brutale et traumatique de son frère aîné

Son frère aîné est décédé d'un « *genre d'AVC* » trois ans auparavant. Il nous semble que le traumatisme reste actuel, d'autant qu'elle évoque son frère au présent. Elle fait le lien avec un grand-père mort d'une rupture d'anévrisme dans un fantasme d'une « *filiation maudite* », dans une tentative de donner du sens à cet événement arrivé brutalement et qui a entraîné un temps de sidération psychique. Ce traumatisme est venu brouiller les limites au sein de la famille. En effet, l'identification est labile oscillant entre une identification à son père, sa mère, à ses parents réunis, et ses propres vécu et ressenti. Il nous semble que la famille « *fait corps* », « *fait bloc* » face à cet événement dans une certaine indifférenciation. La centration sur des détails, des descriptions, des justifications rend compte d'un évitement des affects dépressifs qui ne sont d'ailleurs pas présents. Il n'y pas de liens entre représentations et affects dépressifs.

Le décès de son frère l'a cependant rapprochée de sa mère : « *Elle a beaucoup beaucoup besoin de moi et j'ai besoin d'elle aussi euh. Et puis je vous dis comme euh... comme on avait qu'elle, fin on est beaucoup plus proche d'elle que de mon père* ». La dépendance et la relation anaclitique sont repérables ici. Par ailleurs, Carine ne tente-t-elle pas de se racheter auprès de sa mère après avoir été « *méchante* » avec elle à l'adolescence ? Cela peut également renvoyer

à une tentative de réparation face aux fantasmes œdipiens. Ne se doit-elle pas d'être une fille attentive et modèle auprès de ses parents pour « compenser » le décès du fils aîné ? L'on repère l'impossibilité pour Carine de critiquer ses parents.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et dénégarion de grossesse

Carine a eu connaissance de sa grossesse au bout de trois mois. Nous faisons alors un parallèle avec le paradigme du « blanc d'enfant » développé par Cohen-Salmon et al. (2011). Le « blanc d'enfant » du premier trimestre (pouvant se prolonger au-delà) traduirait l'émergence d'un mouvement pulsionnel trop insupportable pour le Moi qui entraînerait un contre-investissement massif pour bloquer les représentations. Cela aurait pour but de permettre l'intégration des transformations, qui perdraient alors leur potentiel effractant et ne viendraient ainsi pas mettre à mal le sentiment de continuité d'existence. Cela aboutissant finalement à une possibilité de figuration avec la création d'un fond psychique pour accueillir des représentations en images. Ce qui est le cas pour Carine, comme nous allons le voir.

Il ne s'agissait cependant pas d'un réel déni de la grossesse dans la mesure où Carine explique qu'elle « *savait qu'[elle] n'avait pas de contraception* », qu'elle avait la sensation d'avoir pris de la poitrine qu'elle rattache à une grossesse et qu'elle « *se touchait le ventre* » quelques semaines avant de faire le test. Carine semblait osciller entre la dénégarion de grossesse et la dissimulation (Bayle, 2008). « Dans la dénégarion, les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétées furtivement comme tel, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications. (...) Dans la dissimulation, la grossesse est perçue, mais la femme la cache consciemment. Cela ne signifie pas pour autant que nous soyons en présence d'un mécanisme complètement volontaire, pleinement conscient. » (Ibid. : 11). Au-delà d'un temps de « blanc d'enfant » ayant probablement favorisé l'élaboration de l'ambivalence et des conflits se rattachant à l'autre en soi, la dénégarion/dissimulation de cette grossesse s'articule avec la crainte (inconsciente ou non) que son conjoint demande une interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle aurait ainsi inconsciemment attendu que le terme de possibilité d'interruption soit dépassé pour faire le test de grossesse. Cela traduit un désir très prégnant d'enfant.

En effet, après avoir eu connaissance de sa grossesse, qui a été source d'affects positifs forts pour Carine, elle l'a annoncé à son conjoint qui lui a demandé de se rendre à la maternité pour savoir s'il était encore possible d'avorter. Cela a été source d'affects de tristesse massifs

de la part de Carine. Le délai était dépassé. Des mécanismes de défense rigides et labiles viennent mettre à distance, limiter l'ambivalence de ses sentiments à l'égard du papa qui a eu du mal à accepter cette grossesse. Il s'agit également de mettre à distance ses propres doutes concernant les affects et représentations actuels du papa à l'égard de cette grossesse.

La grossesse apparaît par ailleurs comme un moyen de se rendre indépendant de leurs familles en construisant une vie à trois, sa propre famille où elle occupera la place de parent et non plus de fille. En effet, l'arrivée de ce bébé représente une raison de quitter le domicile du père de son conjoint chez qui ils habitaient jusqu'à maintenant. Se rendre indépendant de son beau-père traduirait ainsi également un désir de se séparer de ses propres parents, des images parentales, symboliquement. La grossesse peut traduire ce désir de séparation et d'autonomisation.

Modifications corporelles et investissement de l'enfant

Malgré les circonstances de la première échographie (datation de la grossesse pour savoir s'il était possible d'avorter à la demande de son conjoint), Carine a été très « *émue* » lorsqu'elle a appris qu'elle attendait une petite fille. Cela lui a fait « *plaisir* ». Ces affects positifs forts sont également présents à la vue de son bébé à l'échographie et lorsqu'elle a pu écouter son cœur battre. La connaissance du sexe du bébé (une petite fille) est également source de plaisir puisque cela réalise son désir.

Les mouvements fœtaux sont investis très positivement par Carine et source d'affects positifs. Ils ont également fonction de réassurance. Il semble difficile pour elle de verbaliser les angoisses concernant sa fille, d'ailleurs identifiée en tant que telle dans une reconnaissance de sa filiation dans le discours de Carine. Il s'agirait d'angoisses de mort mais toujours évitées par le biais de l'inhibition. Les mouvements fœtaux représentent également pour Carine une tentative d'impliquer son conjoint dans la grossesse. Il est dès lors déjà introduit dans la relation mère-bébé.

Elle imagine sa fille à travers des désirs ayant trait à ses caractéristiques physiques et morales. Mais ce qui lui importe c'est qu'elle ait sa « *propre personnalité* » impliquant une reconnaissance de son identité et de son altérité.

Carine évoque également la construction d'une relation avec sa fille à travers le fait de lui faire écouter de la musique, en lui parlant, en touchant son ventre « *pour la faire réagir* ». Elle attribue des réactions à sa fille « *j'ai l'impression justement que quand je touche mon ventre ça l'apaise plus qu'autre chose, et elle bouge moins* ». Elle interprète ainsi les mouvements de sa fille auxquels elle donne sens en fonction de ses propres comportements. Il

y a ainsi déjà une relation entre elle et sa fille. Le fait de l'apaiser en touchant son ventre est également narcissisant pour Carine en tant que future mère.

Le futur enfant de Carine est également perçu comme un « réparateur » autant pour elle que pour ses parents face à la perte de son frère aîné trois ans auparavant. Carine fait référence à des éléments dépressifs chez ses deux parents. Le fait qu'elle soit enceinte représente ainsi « *un rayon de soleil dans la grisaille qu'ils [ses parents] vivaient depuis trois ans* ». Sa fille en tant que « *rayon soleil qu'on avait besoin* » est investie comme « réparation » pour sa famille. Son enfant pourrait alors être perçu comme celui, imaginaire, qui va venir combler sa vie et celle de sa famille. Cela nous renvoie également aux considérations de Rosenblum (2009) qui estime que le désir d'enfant apparaîtrait lorsque la toxicomanie n'est plus suffisante. Le risque étant que l'enfant vienne remplacer l'objet-drogue.

Il nous semble que Carine s'est également attribuée la fonction de « porter », de « réparer » justement ses parents. La lourde charge de celle qui est restée vivante face à un frère décédé qu'elle idéalisait. Cette « mission » de soutien s'observe dans la relation qu'elle a avec sa mère pendant la grossesse. Carine veut « *partager [sa] joie un peu avec elle. Ça lui a bien remonté le moral aussi parce que depuis qu'on a perdu mon frère elle avait plus trop le moral non plus donc euh j'essaye de vivre ça au maximum avec elle aussi. (...) Je voulais partager ça aussi avec ma mère pour lui faire plaisir* ». Cette fonction de « réparation » peut également représenter une défense contre la réactivation des fantasmes œdipiens repérables chez Carine. Problématiques œdipienne et de perte d'objet se mélangent ainsi autour de cette grossesse et de ce bébé à naître.

La grossesse est venue réactivée les traces du décès de son frère qui lui semble toujours plus douloureux. L'accentuation de la douleur de sa perte peut être liée à la grossesse. Peut-être cette dernière est-elle en train de permettre un travail de deuil non encore élaboré ou en voie d'élaboration, par les réaménagements objectaux potentiels qu'elle entraîne. Malgré tout, le discours reste exclusivement centré sur le factuel, le descriptif. Carine insiste également sur le fait que les mouvements du bébé l'assurent que sa fille est « *pleine de vitalité* ». Cela ne traduit-il pas le poids des fantasmes mortifères liés au décès de son frère ? Celui-ci avait, par ailleurs, entraîné une augmentation du dosage de son traitement de substitution de Carine et des consommations d'héroïne occasionnelles face à une difficulté à affronter la perte. Il est possible que le deuil ait ainsi pu être évité à travers l'impossible confrontation au manque favorisée par les produits.

Représentations de soi en tant que mère

Malgré les représentations et les relations avec sa fille, Carine explique avoir encore du mal « à se projeter », que tout ça « *reste quand même abstrait parce qu'[elle] ne l'a jamais vécu* ». L'inconnu semble être source d'angoisse pour elle, traduisant un certain besoin de maîtrise face au vécu de passivité qu'entraîne la grossesse mais également face à l'« *inquiétante étrangeté* » de son vécu. Il y a un besoin de réassurance par rapport à ce qu'elle vit mais également probablement par rapport à ce qu'elle ressent, aux changements physiques et psychiques induits par l'état de grossesse. Cela peut être source d'une angoisse diffuse. Elle s'étaye ainsi beaucoup sur des lectures traduisant un recours à l'intellectualisation, mais aussi sur sa mère qu'elle questionne beaucoup. Celle-ci représente un modèle identificatoire pour Carine dans sa construction et dans sa représentation en tant que future mère. Cela traduit une capacité à s'identifier à une « bonne image maternelle », ce qui est de bon augure pour la construction et l'accès au statut psychique de mère. D'autant qu'elle semble également en mesure de s'en différencier.

Le devenir mère est néanmoins marqué par des angoisses par rapport au quotidien, au « *savoir-faire* » et à ses compétences en tant que mère : « *c'est plus le quotidien qui me fait peur. Est-ce que je vais réussir à m'en occuper ? Est-ce que la nuit je serai là au moment où elle aura besoin ? C'est ouais les premiers mois qui me font peur en fait parce que là il n'y aura personne avec moi (...) quand on est chez soi on est tout seul quoi* ». Certains de ses questionnements et de ses doutes pourraient être le reflet du discours de conjoint à son égard mais semblent tout de même renvoyer à ses propres angoisses. De nouveau, l'on repère le besoin d'être soutenue, étayée, réassurée dans son rôle de mère mais aussi la représentation plus négative, dévalorisée à son encontre. Néanmoins, ces questionnements sont repérés régulièrement dans le discours des futures mères primipares dans notre clinique en maternité. Son conjoint ne représente pas un soutien dans sa parentalité puisqu'il n'apparaît pas spontanément dans son discours. Elle s'imagine comme seule face à tous ces événements et pour s'occuper du bébé.

L'arrêt des consommations de drogue ou la grossesse en tant que renflouage narcissique

Carine a consommé de l'héroïne et du cannabis au cours de soirées avant d'avoir connaissance de sa grossesse. Néanmoins, « *à partir du moment où j'ai su que j'étais enceinte, j'ai complètement arrêté. Je lui ai dit que je comptais plus en prendre. De toute manière même lui il m'a dit « t'en prends plus »* ». Le fait qu'elle dise qu'elle « *ne comptait plus en prendre* » reste une intention qui pourrait traduire une certaine ambivalence, différente de « je n'en prends

plus ». L'on peut penser que les consommations importantes en début de grossesse étaient en effet liées au contexte festif mais également au mouvement pulsionnel induit par la grossesse et associé à des représentations et un vécu insupportable pour Carine. Le « blanc » de sensation et d'enfant (Cohen-Salmon & al., 2011) aura par la suite permis une certaine élaboration de cette violence pulsionnelle et de ces représentations. Par ailleurs, et dans un second temps, probablement favorisé par le « blanc » du début de grossesse, cette dernière a entraîné un renflouage narcissique qui expliquerait le besoin moins impérieux de consommer avec l'arrêt des consommations d'héroïne, l'arrêt du cannabis, et la stabilisation du traitement de substitution. Il y a modification de la dépendance avec centration sur le bébé ainsi qu'une modification des habitudes de vie. Carine attribue ces changements au fait d'être enceinte « *qui [l']aide beaucoup pour tourner la page* ». La grossesse et son bébé représentent en effet « *une motivation* ». Carine avait également recours à un anxiolytique et à un antidépresseur. Son médecin a remplacé son anxiolytique par un traitement sans risques iatrogènes pour le fœtus et Carine a elle-même diminué son antidépresseur dans le but de l'arrêter complètement. Ces traitements mettent en évidence la présence d'une composante dépressive et d'un vécu d'angoisse chez Carine.

L'on repère cependant toujours dans son discours l'ambivalence entre un désir de ne pas reprendre les consommations, la peur que cela ne tienne pas et probablement l'envie du produit. Elle explique par exemple ne plus vouloir « *entendre parler [de la drogue] (...) après l'accouchement* » et qu'elle ne veut plus être au courant si son conjoint consomme, espérant d'ailleurs qu'il arrêtera également. Mais pourquoi pas déjà pendant la grossesse ? Malgré tout, les modifications de la dépendance pendant la grossesse laissent penser que le bébé et la grossesse représentent un renflouage narcissique, un vecteur de changement avec un potentiel transformatif des relations narcissico-objectales. Néanmoins, il faudra être attentif au fait que le bébé ne vienne pas remplacer l'objet-droge dans le fonctionnement de Carine.

Carine se repose et s'étaye également sur le discours de son conjoint qui finalement décide pour elle. Le comportement de celui-ci semble bien adapté dans une considération du bien-être de son enfant. Néanmoins, il ne semble pas si aidant dans l'arrêt des consommations d'héroïne puisque des amis viennent le voir à leur domicile et qu'ils consomment devant elle.

Carine s'inquiète également des conséquences de ses consommations en début de grossesse « *sur le développement physique et psychique du bébé* ». Pour autant, malgré la présence et la verbalisation de ses craintes, celles-ci n'envahissent pas la totalité du discours de Carine plutôt centré sur le bébé et ses relations avec ses parents, sa famille en devenir et son conjoint. Ces angoisses sont également transposées à la naissance avec la crainte d'un syndrome

de sevrage ainsi que des angoisses de mort : « *Et puis voilà que le bébé ait assez de force pour sortir, pour être dans la bonne position, pour euh... pour continuer à vivre une fois que le cordon sera coupé* ». Le besoin de réassurance face aux effets des consommations d'héroïne sur le bébé est majoré. Cela l'a conduite à accepter de rencontrer la psychologue de la maternité. Il apparaît également que la séparation, représentée par le cordon coupé, renvoie à la mort. Celle du bébé mais également, par projection, sa propre mort. Cela rend compte de l'angoisse de perte. Ces angoisses de mort sont également transposées dans la crainte de la mort subite du nourrisson. Cela traduit la présence de la haine maternelle en jeu.

Carine avait également pour projet et désir d'allaiter, notamment pour faciliter le sevrage du bébé à la méthadone®. Ce qu'elle ne fera finalement pas puisque son conjoint « *ne veut pas* ». Elle fait ainsi en fonction des choix de son conjoint, malgré une grande ambivalence. Cela semble traduire à la fois une dépendance affective avec la crainte de le perdre si elle s'oppose et le sentiment de culpabilité de lui avoir « *imposé* » cet enfant. D'après les propos de Carine, c'est la question de la dépendance du bébé à sa mère qui est au premier plan : « *le bébé il sera pas bien (...) il sera malheureux si tu [Carine] es pas là euh* » alors que je peux tirer mon lait et tout ça. ». Cela traduit-il le désir de son conjoint de se séparer de ce bébé « trop » prenant ? Peut-il se sentir en rivalité avec cet enfant ? Cela renvoi-t-il à sa propre problématique de dépendance projetée sur le bébé ?

COUPLE ET PERE DU BEBE

Le conjoint de Carine s'avère donc peu soutenant pendant cette grossesse en s'y impliquant somme toute peu. Il semble malgré tout se projeter à travers des angoisses et des reproches adressés à Carine qui la remettent en question en tant que mère : « *Il avait eu la peur aussi : « Est-ce qu'elle va vraiment arrêter ? Est-ce qu'elle va faire ça correctement ? Est-ce qu'elle va être sérieuse ? »* ». Cela pourrait correspondre aux propres projections de Carine. Son conjoint lui reproche également d'avoir « *fait exprès [d'arrêter sa pilule et de tomber enceinte]* » et d'avoir eu connaissance de la grossesse bien avant de le lui dire. Nous notons également tout au long du discours l'impossibilité pour Carine de le remettre en question et la mise à distance de tout élément négatif à son égard. Cela relève d'une certaine dépendance mais peut-être d'un sentiment de culpabilité face à cette grossesse que lui ne souhaitait pas.

Malgré tout, la grossesse aurait renforcé son couple, avec moins de disputes et un rapprochement aussi bien au niveau sexuel qu'au niveau des relations de tendresse. Son conjoint est décrit comme plus prévenant. Il rassure également Carine par rapport aux changements

corporels et notamment la prise de poids « *il me rassure, il me dit que je lui plais aussi comme ça* ».

1.4.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Carine

CONTEXTE DE SECONDE LA RENCONTRE

Nous rencontrons Carine pour le second entretien au sein du CSAPA où elle est suivie. Elle est accompagnée de **sa fille** de quatre mois, que nous appellerons **Amandine**. Carine est plus souriante, rayonnante et semble plus apaisée que lors de notre premier entretien. Amandine est un bébé très éveillé. Au cours de l'entretien, Carine restera en interaction avec sa fille autant par le regard qu'à travers des sourires et la parole. Ce à quoi Amandine lui répond par de grands sourires. Elle sera assise sur les genoux de sa mère tout le long de l'entretien et nous observera d'un air plutôt renfrogné en début d'entretien pour finalement nous faire également de beaux sourires. Cela nous renvoie par ailleurs à notre ressenti face à Carine à notre égard, plus inhibée et « fermée » en début d'entretien avec progressivement une certaine « ouverture » et un apaisement au fil de la rencontre. Amandine est plus agitée lorsque sa mère évoque le syndrome de sevrage et ses propres ressentis, probablement justement en écho aux affects qu'elle ressent chez sa mère. Elle se calme néanmoins dès que sa mère lui parle. Elle essaye également de se lever et gesticule un temps, manifestant à la fois son mécontentement de rester ainsi assise et son désir d'aller explorer. Finalement, elle s'endort dans les bras de sa mère en fin d'entretien. Elle vocalise par ailleurs, prend la suce et attrape les doigts de sa mère. Elle explore la pièce longuement du regard.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Carine se présente également avec Amandine lors du dernier entretien mais celle-ci va dormir la quasi-totalité de la rencontre puisque c'est l'heure de sa sieste. Il nous semble que Carine est de plus en plus détendue au fil des entretiens bien que son discours reste marqué par l'inhibition. Néanmoins, elle verbalise plus aisément son vécu et ses ressentis. Elle revient également sur son intérêt à participer à notre recherche et sur les espoirs que cette dernière puisse participer à une amélioration de la prise en charge des mères toxicomanes à travers notamment une meilleure compréhension du syndrome de sevrage néonatal, source d'une intense culpabilité toujours présente chez Carine.

L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement de Carine a été déclenché à quarante semaines estimées. En effet, puisque cette dernière n'avait eu connaissance de sa grossesse qu'après trois mois, la datation exacte de la grossesse est plus complexe, le corps médical déclenche donc l'accouchement pour ne pas risquer de dépasser le terme.

Carine revient sur la procédure de déclenchement de l'accouchement d'une façon exclusivement descriptive dans un premier temps. Le discours devient plus massif lorsqu'il est question des contractions. Grâce à notre étayage, Carine va pouvoir verbaliser que « *c'est horrible, horrible, horrible. C'était vraiment horrible* ». Elle introduit son conjoint comme soutien mais sans qu'il puisse réellement occuper cette fonction à ce moment : « *il était là, il savait pas quoi faire pour me calmer. (...) Enfin il essayait de me détendre* ». Le temps des verbes utilisés pour décrire l'accouchement alterne entre passé et présent ce qui signe la massivité de la représentation, du vécu sous-jacents liés à la douleur et probablement à l'angoisse.

Le discours concernant l'accouchement lui-même reste très factuel, dénué d'affects malgré l'émergence transitoires de processus primaires en lien avec la douleur. Elle évoque une difficulté à pousser qui a conduit à l'utilisation de la ventouse. Elle insiste sur le fait qu'elle a « *quand même réussi à pousser aussi parce que la ventouse fait que c'est un travail à deux quand même* ». L'importance est donnée au fait qu'elle a « *quand même* » poussé, probablement dans le sens où c'est bien elle qui a mis au monde son bébé, qu'elle a bien « rempli sa tâche », qu'elle a réussi à donner naissance à sa fille. Cela renvoie également à la nécessité d'avoir été « active » dans son accouchement et non seulement passive. Par ailleurs, elle évoque la question d'un « *travail à deux* ». Cela pourrait traduire un besoin d'étayage face à un événement trop angoissant pour elle, au besoin de ne pas vivre cela seule, angoisse qui se manifeste par cette difficulté à pousser.

Malgré des affects positifs forts verbalisés face à la naissance de sa fille, et qui concernent également le père du bébé, introduit spontanément, Carine nous décrit toujours de manière très factuelle et désaffectée l'ensemble des problèmes de santé d'Amandine à sa naissance (difficultés respiratoires et cardiaques). Carine n'exprime aucunement ce qu'elle a pu ressentir face à ces événements mais la minimisation, la banalisation, l'inhibition et la massivité des représentations transitoires, sans lien avec les affects attendus, laissent justement entendre la massivité des représentations et des affects, notamment d'angoisses de mort, sous-jacents. Néanmoins, les processus défensifs restent opérants puisqu'il n'y a pas de désorganisation. Par

ailleurs, nous nous demandons également si ces soucis de santé n'ont pas surtout été supplantés massivement par le syndrome de sevrage et les soins qui y sont liés.

Carine a ressenti un « *manque* » face à son ventre vide « *parce que c'est vrai que c'était... J'ai adoré être enceinte. Quand j'vois des femmes qui détestent, je comprends pas parce que euh.... J'aimerais bien avoir un deuxième enfant uniquement pour être enceinte. Enfin, j'ai adoré vraiment cette sensation-là* ». Cela corrobore nos hypothèses du premier entretien d'une sensation de complétude narcissique, de fusion liée à la grossesse. La difficulté à pousser lors de l'accouchement pourrait d'ailleurs avoir trait à une angoisse de perte de cette sensation de complétude. La relation anaclitique a cependant remplacé en quelque sorte la relation fusionnelle de la grossesse. Par ailleurs, pour Carine, sa fille était comme protégée dans son ventre : « *dans mon ventre elle était bien, elle manquait de rien euh, pff, donc euh j'veous dis quand elle est sortie je savais qu'elle serait moins bien quoi. (...) Je savais que pour elle ça allait être difficile quoi.* ». Cela a également pu participer aux difficultés rencontrées à l'accouchement, le fait que sa fille soit toujours placée « très haut » dans l'utérus par exemple. Le fait que sa fille « *ne manquait de rien* » renvoie à la fois au « manque » de drogue, autrement dit au sevrage mais également à la peur qu'elle « manque » de quelque chose, qu'elle n'ait pas « tout ». Cela renvoie également à la complétude de la grossesse et, par retournement, à l'angoisse de perte de cet état. Carine ne « *manquait de rien* » non plus pendant la grossesse, d'où la plénitude ressentie et le plaisir, le bonheur d'être enceinte, d'être un « tout » et la réalisation des désirs infantiles.

Syndrome de sevrage néonatal et culpabilité maternelle

Amandine a en effet présenté des signes d'un sevrage néonatal aux opiacés nécessitant la mise en place du traitement morphinique dès son deuxième jour de vie. La culpabilité de Carine est massive : « *parce que ben j'lui faisais subir une douleur que je voulais pas qu'elle subisse. Ça a été ma crainte pendant toute ma grossesse* ». Ce sentiment va envahir une grande partie du discours, associé à des affects de tristesse tout aussi massifs.

Le syndrome de sevrage a également été difficile dans la mesure où le traitement faisait dormir sa fille et où « *c'était pas évident à justifier le fait que ben je savais pas quand est-ce que j'allais ressortir* » auprès de ses proches qui ne sont pas au courant de son traitement de substitution. Sa fille, en dormant beaucoup, ne pouvait venir satisfaire les attentes attribuées par Carine à son entourage de gratification avec un bébé souriant, en interaction.

Les soignants de la néonatalogie se sont globalement avérés soutenant et bienveillants à l'égard de Carine, en grande demande d'étayage et de réassurance. Elle insiste également sur

leur discrétion. Néanmoins, elle a perçu « *un regard différent* », « *jugeant* » chez certains professionnels avec parfois un discours culpabilisant qui a accru son sentiment de culpabilité et a entraîné un sentiment de rejet. Ces soignants occupent une place de « mauvais objets » persécuteurs : « *C'est quelques personnes (...) qui me disaient « c'est de ta faute » enfin voilà. J'voyais bien qu'c'était leur façon de penser* », qui renvoie probablement également aux propres projections de Carine en lien avec sa culpabilité exacerbée.

Le vécu angoissant et culpabilisé de Carine a été renforcé dans la mesure où il y a eu une erreur de dosage du traitement morphinique : « *Elle [la puéricultrice] a donné à Amandine dix fois la dose de morphine que ce que qu'elle devait avoir normalement* ». Carine nous explique, à grand renfort de détails et de données factuelles, comment cela est arrivé. Cela probablement pour comprendre, donner du sens à ce qui s'est passé. L'ambivalence reste présente mais l'étayage apporté par la puéricultrice ayant commis l'erreur et son attitude « *humaine* » ont primé pour Carine. Cette erreur de dosage a néanmoins eu pour effet l'administration d'un antagoniste de la morphine à Amandine et donc le choix du pédiatre de ne pas lui redonner de morphine une fois les effets de l'antagoniste disparus. Carine peut enfin verbaliser à quel point cela a été difficile à vivre pour elle avec toujours sa culpabilité de faire « *subir* » cela à sa fille : « *ça a été très dur du coup* ». Carine décrit les comportements de sa fille et nous décelons l'émotion dans sa voix associée à des représentations massives. Finalement, ce qui « *était très très dur à... ça a été vraiment très très dur de pas pouvoir..., de pouvoir rien faire en fait parce que même la prendre dans mes bras, ça marchait un temps mais ça marchait pas tout le temps. Donc on pouvait rien faire, on voyait qu'elle était pas... qu'elle était pas bien* ». Cela renvoie à un vécu d'impuissance face au mal-être de sa fille qui accentue le vécu de culpabilité : « *De devoir lui imposer ça alors que, ben ouais, de de la voir souffrir comme ça... Et le sentiment de culpabilité parce que c'était de ma faute, parce que c'était, parce que moi j'avais un traitement, j'lui ai imposé de souffrir euh, pff ... C'était dur quoi, c'était très dur hein* ». Carine projette également sur l'extérieur ses propres représentations négatives en tant que mère face au mal-être de son bébé et sa difficulté à la calmer, son sentiment d'impuissance. La représentation négative de « mauvaise mère » reste très présente et passe toujours par le regard des autres porté sur elle.

Le syndrome de sevrage néonatal et la mise sous traitement morphinique de sa fille a été d'autant plus difficile à vivre pour Carine qu'elle ne pensait pas que sa fille en aurait besoin dans la mesure où elle-même avait un traitement faiblement dosé. L'on peut presque évoquer un déni du syndrome de sevrage néonatal nécessaire pour empêcher l'envahissement par l'angoisse. Elle a recours aux discours d'autres mères avec un traitement plus massivement

dosé où leur bébé n'avait eu aucun syndrome de sevrage à la naissance. C'est ce qu'elle estime avoir été le plus difficile pour elle en tant que femme enceinte puis jeune mère sous traitement de substitution aux opiacés.

LE BEBE

Le poids du syndrome de sevrage néonatal et de la culpabilité maternelle sur les représentations concernant le bébé et les relations précoces

Amandine est décrite comme un bébé « *très très active* » au second entretien. Cette représentation s'avère plus négative lors de notre dernière rencontre où elle la qualifie de « *nerveux* » ou « *vivace* », cherchant finalement le mot « *tonique* ». La mise à distance de ses représentations, de même que la réassurance, passe par le discours des professionnels et de son entourage. Néanmoins, les représentations restent ambivalentes et contrastées. Carine fait le lien entre le caractère « *nerveux* » de sa fille et le syndrome de sevrage néonatal : « *pour moi c'était : « je n'ai pas quelque chose pour me calmer donc je suis nerveuse, je n'ai pas l'effet que j'avais quand j'étais dans le ventre de ma mère », fin... Quand elle était dans mon ventre, elle était habituée à avoir cette substance-là donc euh, je me dis que c'est pour ça qu'elle était nerveuse après l'accouchement, parce qu'elle ne l'avait plus.* ». La culpabilité est massive. Elle a à la fois trait à la souffrance et à la nécessité d'un traitement morphinique, et aux effets de son propre état d'esprit à la naissance de sa fille : « *Je m'en voulais, j'étais fatiguée, j'étais... euh, oui je m'en voulais. Je culpabilisais beaucoup et avec d'autres personnes elle se calmait, parce que du coup, elle ressent tellement mon stress, euh...* ». Cela n'a fait qu'accentuer le sentiment d'impuissance et la représentation de « mauvaise mère ». Le traumatisme est toujours actuel.

Face au syndrome de sevrage néonatal et notamment aux pleurs intenses qui y étaient liés, la centration est portée sur le nursing pour apaiser sa fille : « *être là* », « *qu'on la rassure* », « *qu'on la prenne dans les bras* ». Il y a également nécessité pour Carine d'étayage face aux pleurs. Cela renvoie probablement à une composante dépressive accentuée par l'impuissance face à la difficulté à calmer son bébé. Le fait d'avoir un bébé plus irritable, qui renvoyait à un mal-être a été source de dévalorisation de Carine en tant que mère, lui renvoyant l'image d'une « mauvaise mère » incapable de calmer son bébé et source de son mal-être. Ne se sentant pas capable de calmer sa fille avec probablement la représentation d'être « toxique » pour elle, elle préférerait alors se tourner vers son conjoint. Elle verbalise également des angoisses communes aux primipares de ne pas savoir toujours interpréter les pleurs de son bébé.

Finalement, Carine nous verbalise au dernier entretien ce qui l'angoisse profondément : « *Mais dans un petit coin de ma tête, il y a quand même ce truc de me dire : « elle m'en veut.*

Elle m'en veut peut-être un peu de lui avoir fait vivre ça ». Euh, ouais, ça reste quand même quoi. ». Elle projette ainsi sa propre culpabilité sur sa fille. Nous nous questionnons également sur le fait que Carine puisse en vouloir à sa fille de ne pas être le bébé gratifiant attendu mais un bébé culpabilisant pour elle et source de représentations plus négatives d'elle-même en tant que mère. Les représentations de sa fille et d'elle-même en tant que mère, autant que les relations mère-enfant sont marquées par ce syndrome de sevrage et la culpabilité massive de Carine.

Ainsi, Carine décrit des moments de « *bonheur* » et de « *détente* » malgré un bébé « *speed* » et toujours « *actif* ». Néanmoins, elle se questionne sur le fait que ces moments de bonheur soient également partagé par sa fille : « *ça me fait plaisir mais je sais pas si ça lui fait plaisir à elle* ». Comme si elle n'était pas encore sûre de faire « tout bien » pour sa fille, comme si sa fille pouvait ne pas apprécier ses moments seule avec sa mère. Cela nous renvoie à une image négative de Carine en tant que mère, liée toujours probablement à sa culpabilité. Cela est moins présent au dernier entretien.

Malgré tout, sa fille fait également l'objet de représentations très positives. Carine s'appuie beaucoup, au second entretien, sur les retours de son entourage pour décrire sa fille mais elle nous donne des exemples de son développement avec beaucoup de fierté et de plaisir. Elle reconnaît à sa fille une altérité et une personnalité propre, des désirs propres et une intentionnalité, parfois dans quelque chose de plus négatif dans la mesure où Amandine aurait déjà un fort caractère : « *une petite râleuse* ». Lors de la dernière rencontre, sa fille fait toujours l'objet de représentations très positives décrite comme « *malicieuse* », qui « *rigole beaucoup* », avec des « *envies de découvrir, de faire ce qu'on fait aussi, nous imiter* ». Carine dit aussi qu'Amandine a envie « *de s'occuper* ». Cela revient souvent, en contrepoint de l'ennui. Cela ne renvoie-il pas aux propres projections de Carine ? Nous y reviendrons. Carine ajoute qu'Amandine a du caractère, nous donnant des exemples qui rendent compte d'un début d'individuation et d'opposition d'Amandine. Lorsque nous la questionnons justement sur son vécu face à l'autonomisation et aux comportements d'opposition de sa fille, il apparaît que Carine pose des limites à sa fille par les gestes et la parole (« *non* »). Elle semble se représenter cette période comme « un passage obligé » qui fait « *partie de l'éducation* ».

Le développement d'Amandine semble ainsi être investi positivement par Carine. Amandine semble être actuellement dans une phase d'expérimentation autour de l'internalisation et de l'intégration de la permanence de l'objet avec les jeux du « coucou-caché » et le jet d'objet. Elle est également dans l'édification de l'objet transitionnel avec la répétition des syllabes (« *papa* », « *baba* », ...). Carine semble en effet plus animée, plus

enjouée lorsqu'elle évoque les progrès de sa fille face à un récit dont la teneur dépressive transparait sous l'inhibition. Elle verbalise ainsi des sentiments positifs forts concernant le fait que sa fille « évolue bien ». L'ambivalence est cependant présente du fait que « *ça va vite ! C'est plus un bébé comme au début et tout ça heu... Mais bon c'est un mal pour un bien.* ».

L'allaitement et la réactivation de problématiques archaïques

Le mal-être de sa fille à la naissance semble avoir été d'autant plus difficile à vivre que Carine ne peut développer et élaborer plus ses ressentis, se centrant sur la nécessité de changer de lait lorsqu'elle évoque les pleurs à la maternité. L'alimentation était l'un des seuls domaines où il y avait possibilité d'*agir* efficacement.

Lors du premier entretien il était apparu un désir de Carine d'allaiter mis de côté dans la mesure où son conjoint refusait qu'elle allaite. Lors de ce second entretien, elle s'attribue le discours de son conjoint et nous nous demandons si le discours qu'elle attribuait à son conjoint au premier entretien ne faisait pas écho à sa propre ambivalence. Différents fantasmes oraux concernant l'allaitement sont en effet repérés. L'on note ainsi des fantasmes cannibaliques (seins abimés, douloureux). Cela traduit ainsi des angoisses issues de la fusion, de la symbiose primaire auxquelles s'associe un sentiment de dépendance psychique insupportable (Siskou, 2007 ; Parat, 1999). Il est aussi question de la maîtrise (quantité de lait ingérée) qui renvoie à l'analité. Ce besoin de maîtrise peut faire face au vécu de passivité face au fait de « se laisser téter » (Parat, 1999). Le recours au biberon permet de mettre à distance ces fantasmes et la menace de débordement. Par ailleurs, sur un plan œdipien, il se peut que les reviviscences des motions pulsionnelles infantiles en lien avec les vœux incestueux soient trop menaçantes pour le pare-excitation. D'où le recours au biberon face au risque d'excitation érotique potentielle (Parat, 2009). Cela semble d'autant plus probable qu'elle évoquait la « *gêne* » face à l'entourage, gêne face à un sein érotique donc. L'alimentation au biberon n'a jamais posé problème et aujourd'hui encore « *elle mange beaucoup. Enfin je veux dire, elle finit toujours ses biberons, elle en loupe pas un. Par exemple là, j'ai un peu de retard elle me le fait savoir. (...) Elle est très gourmande* ». Cela nous renvoie à l'avidité orale du bébé et pourrait être mis en lien avec les craintes et les fantasmes inconscients en lien avec l'allaitement au sein. L'avidité d'Amandine fait écho à la propre agressivité et à l'ambivalence de Carine. Ce mouvement pulsionnel peut être trop menaçant pour elle et ainsi mis à distance par le biais du biberon. Le recours au biberon permet de contenir les mouvements pulsionnels archaïques et éventuellement œdipiens induits par l'allaitement au sein.

Carine explique que « *les petits morceaux qu'elle a du mal pour l'instant, ça bloque un petit peu au niveau de la gorge. Je pense que c'est le temps qu'elle s'y fasse. Je ne sais pas si ça fait ça aux autres bébés ?* ». Nous mettons en lien cette observation avec, peut-être, une crainte d'Amandine de détruire sa mère par ses attaques sadiques. L'objet-maternel pourrait être perçu comme ne pouvant survivre à la destruction, ce que l'on peut par ailleurs également mettre en lien avec des angoisses de séparation importantes.

Amandine cherche cependant à explorer son espace et à contrôler son corps et son environnement en essayant notamment d'attraper la cuillère ou de « *patouiller* » avec la nourriture : « *Je ne la laisse pas trop faire pour l'instant. C'est... Il va bien falloir qu'on salisse un petit peu pour y venir mais ... (rire).* ». L'on repère ainsi des composantes plus rigides, obsessionnelles avec la formation réactionnelle autour de la propreté.

Il ne semble pas y avoir de troubles particuliers autour du sommeil puisqu'Amandine « *dort super bien, elle fait ses nuits depuis que je suis rentrée* ».

Lorsque le bébé n'occupe pas la fonction gratifiante et antidépressive attendue : représentations négatives et angoisses de perte de l'amour de l'objet de la mère

La thématique des pleurs est en revanche dominante dans les propos de Carine concernant sa fille. Elle fait ainsi référence, en lien avec le fait qu'Amandine est un bébé « *actif* », à des pleurs et des cris « *dès qu'elle [Amandine] s'ennuie* » et caractérise sa fille d'« *hypersensible* », autrement dit qui pleure dès qu'elle entend un bruit un peu fort. Lorsque Carine développe à notre demande, il apparaît qu'Amandine « *va bien s'occuper mais au bout d'un moment quand ça va l'énerver, elle va pousser des petits cris, euh, pour dire « je suis là, occupez-vous de moi !* », « *En fait, faut qu'on s'occupe d'elle, quoi.* ». Il apparaît pourtant dans son discours qu'Amandine est aussi capable de s'occuper seule en présence de sa mère sans solliciter l'attention de cette dernière en permanence. L'on peut se demander si l'interprétation des comportements de son bébé par Carine ne relève pas de ses propres projections et de ses propres problématiques abandonniques. Face à ce qu'elle comprend comme de « *l'ennui* », il y a besoin de l'autre. Cela ne traduit-il pas également un conflit narcissico-objectal chez Carine entre le désir de retrouver une certaine autonomie en tant qu'individu et la nécessité de se dévouer à sa fille, probablement accentuée, au regard de la culpabilité ressentie par Carine concernant le syndrome de sevrage néonatal et sa prise en charge à la naissance. Le fait qu'Amandine crie et pleure peut lui renvoyer la représentation d'un bébé moins gratifiant. Cela la renvoie également à une représentation d'elle-même négative, peut-être « *mauvaise* » pour sa fille, alimentée par sa propre culpabilité (« *peut-être qu'elle m'en veut* »). Il apparaît

finalement que les pleurs restent rares. Ils semblent essentiellement liés à une angoisse de séparation massive.

En effet, Carine explique ainsi que « *la période de la peur de l'autre* » a débuté chez Amandine à « *quatre ou cinq mois* ». Elle décrit longuement et à plusieurs reprises comment cette dernière pleurait lorsqu'elle était avec quelqu'un d'autre que sa mère (ou son père). Et cela même lorsque Carine était à proximité (dans la même pièce) : « *Elle pleurait comme si j'étais partie... comme si j'étais partie* ». Cela a empêché Carine de l'inscrire à la halte-garderie où elle avait commencé les démarches. Carine a alors fait le choix d'intégrer l'équivalent d'une « *Maison verte* » où, elle comme Amandine, peuvent rencontrer d'autres enfants et d'autres parents ainsi que des professionnels en attendant l'entrée à la crèche. Au-delà de l'angoisse de l'étranger, c'est l'angoisse de séparation qui domine : « *C'est vraiment le fait d'être séparée de moi* ». Carine s'interroge sur les raisons de cette angoisse notamment sur le fait qu'elles ont été « *beaucoup que toutes les deux* » dans la mesure où Carine n'a pas repris le travail. Elle ne s'est par ailleurs jamais séparée de sa fille pour prendre du temps pour elle : « *Bon ça m'a fait du bien ! Je ne dirai pas le contraire, heu. Mais c'était pas non plus... c'était pas un besoin... Je n'ai pas profité, 'fin j'en ai profité mais je veux dire, c'était pas non plus...* ». Il lui est ainsi difficile de se séparer. Le fait qu'Amandine ne puisse se séparer d'elle sans d'importants pleurs pourrait alors avoir fonction de valorisation narcissique pour Carine. Elle qualifie d'ailleurs la relation mère-fille de « *fusionnelle* » eu égard à ces pleurs lorsqu'elle est dans les bras de quelqu'un d'autre. Néanmoins, cela engendre immédiatement une remise en question de son comportement, empreinte de culpabilité : « *Je me dis c'est peut-être de ma faute, je suis trop restée avec elle, euh, je voulais en profiter, euh c'est tellement...* ». Elle explique également son appréhension face à la reprise du travail qui met en lumière sa propre angoisse de séparation : « *Ben de, de... Je pense que ça sera les premiers temps de, de, pour elle, l'acclimatation, de savoir si ça va bien se passer et tout ça, si elle ne va pas trop pleurer... (...). Je ne sais plus avec qui j'en discutais, que souvent, je crois que c'était avec Monsieur F, qui me disait que c'était plus souvent difficile pour la mère plus que pour l'enfant, puisque euh à partir du moment où on s'occupe d'eux, qu'ils ont une personne qui s'occupe d'eux... 'fin voilà.* ».

Nous apprenons par la suite qu'un événement particulier a eu lieu lorsque cette angoisse de séparation s'est manifestée. Une tante paternelle de Carine est décédée et Carine s'est rendue à l'enterrement. Sa mère avait proposé de garder Amandine et s'est rendue dans un endroit inconnu : « *Et heu le fait de se retrouver sans moi, chez une personne chez qui elle n'avait pas été [...] Donc heu, ce jour-là elle a pleuré quasiment toute l'après-midi. Et je pense que ça a été l'élément déclencheur de la suite parce que... elle n'a presque pas arrêté de pleurer, quoi,*

à part quand ma mère la mettait dans son cosy et qu'elle avait son doudou, point de repère de la maison... [...] Peut-être aussi qu'elle avait ressenti le malaise, euh..., de... [Par rapport au décès de votre tante ?] Voilà. ». L'on peut faire l'hypothèse que cette première séparation a fait effraction et trauma dans le psychisme d'Amandine. Par ailleurs, l'on peut également penser, comme se questionne très justement Carine, qu'Amandine a été sensible à la tristesse et à la détresse de l'entourage et particulièrement de sa mère. En effet, le passé de Carine a été marqué par le décès de son frère quatre années auparavant, souvenir ravivé à chaque enterrement pour elle autant que pour ses parents et notamment sa mère. Sa mère a ainsi pu être temporairement happée par le deuil de son frère et de sa tante, alors indisponible psychiquement pour Amandine. Le comportement « tonique », « vivace » de cette dernière pourrait être une manière de se montrer vivante face à la problématique familiale de perte et de deuil.

Il apparaît justement que ce qui a été « le plus difficile à vivre » pour Carine face à cette problématique de séparation et aux pleurs intenses associés, concerne « la famille » : « Du coup quand il la voyait, ben elle pleurait. Ils n'en profitaient pas comme ils auraient voulu en profiter quoi ! ». Nous avons le désagréable sentiment qu'Amandine n'est plus considérée que comme un objet qui pourrait passer de main en main et qui doit obéir et répondre aux demandes des autres, selon les propres interprétations de Carine. Il nous semble qu'Amandine doit ainsi occuper la place d'un objet contra-dépressif pour l'ensemble de la famille aux yeux de Carine : « ça nous fait du bien à tous », « on voit qu'elle fait du bien à tout le monde, voilà, qu'elle remonte le moral de tout le monde ». Amandine est représentée comme un bébé devant faire office de « réparation », dans le prolongement des représentations pendant la grossesse. Cela est accentué par le fait que Carine semble être dans un devoir de protection à l'égard de sa propre mère pour qui elle s'inquiète beaucoup, d'autant que celle-ci s'est séparée de son conjoint : « Le fait que ma mère se soit séparée aussi, parce que du coup elle se retrouve toute seule. Même si elle dit que ça va, euh, ça reste une séparation quand même, c'est pas évident ! ». La question de la séparation, de la perte, de la solitude apparaît de nouveau massive dans les représentations de Carine. Le discours à l'égard de sa mère reflète clairement ses propres projections et sa problématique de séparation. Elle s'exprime probablement également à travers l'angoisse de séparation d'Amandine. Cette dernière doit également être gratifiante pour la famille, comme un « objet-cadeau » et en même temps être gratifiante pour Carine au regard de sa famille. Ces fantasmes à l'égard d'Amandine nous semblent également liés à une crainte d'abandon, de perte d'amour de l'objet de Carine. Ainsi, il nous semble que dans ses représentations, si sa fille n'occupe pas cette fonction gratifiante à l'égard de la famille, cette

dernière pourrait se détourner de Carine. L'on a également le sentiment d'une dette de Carine à l'égard de son entourage.

Les angoisses autour de la séparation commencent à s'apaiser. Nous évoquons des jeux d'Amandine autour de la séparation (caché-coucou, jet d'objet) qui peuvent participer à une meilleure gestion de la séparation par internalisation de l'objet.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MÈRE

La représentation de Carine en tant que mère est marquée par une certaine dépréciation. Carine semble avoir le sentiment de ne pas en faire assez ou de ne pas faire suffisamment bien, malgré les défenses rationnelles et l'évitement du conflit par l'inhibition. Cela met au jour une fragilité narcissique. Par ailleurs, des considérations autour de la « perte de temps » relatives aux pleurs d'Amandine qui « *perd [ainsi] du temps pour faire autre chose* » nous interrogent. Nous faisons l'hypothèse que cela pourrait être lié aux pertes multiples subies par Carine, notamment la perte de son frère : profiter du temps qu'on a avec les autres avant qu'ils ne disparaissent ? Cela nous renvoie en tout cas à la question de la perte et du besoin de ne pas perdre de temps « au cas où » il arriverait quelque chose. Le discours apparaît cependant inhibé, « plat », factuel pour tenter de masquer des défaillances narcissiques et une problématique dépressive qui semble latente tout au long de son récit. En effet, ce qui se dégage de l'entretien lors de la rencontre mais également à la relecture c'est l'impression d'un poids, d'une tristesse, d'une certaine immobilité qui nous renvoie directement à un vécu dépressif massif sous-jacent chez Carine. Cela est corroboré par la place occupée par la question de la séparation de la perte et des deuils tout au long de l'entretien. Ainsi, Carine va nous expliquer que depuis le mois de décembre : « *j'ai perdu un oncle. Au mois de janvier ma tante, euh. Au mois de février ou mars mon ancien beau-père que, avec qui j'ai vécu de 2005 jusqu'à mes 20 ans... euh... Au mois d'avril, ma grand-mère, la mère de ma mère...* ». La première année de vie d'Amandine a ainsi été jalonnée de décès qui ne peuvent qu'avoir rappelé à Carine et sa famille, la perte de son frère aîné.

L'on note également que le regard que Carine porte sur elle-même en tant que mère est dépendant de l'image que les autres lui renvoient. Cela signe de nouveau la présence d'une fragilité narcissique. L'on note également tout au long de l'entretien l'appui sur les professionnels pour étayer, justifier et guider ses comportements ainsi que sur son entourage ou encore des ouvrages ou des émissions qui traitent de l'éducation des enfants. Enfin, Carine nous adresse plusieurs questionnements au cours de l'entretien dans une demande d'étayage, de

réassurance et de validation de ses comportements et pensées. Cela traduit une dépendance à l'égard de l'environnement.

Carine s'identifie cependant à sa mère pour se décrire en tant que mère dans une valence positive autour de l'affectif. Carine se centre exclusivement sur le bien-être de sa fille, « *[se] négligeant un peu* ». C'est la question du « manque » qui domine aux deux entretiens : « *qu'elle ne manque de rien* ». Nous nous demandons également si cela n'a pas trait à la culpabilité qu'elle ressent vis-à-vis de sa fille, au besoin de « réparer » les conséquences de son traitement de substitution (et donc de ses consommations) à la naissance sur la santé de sa fille. En effet, le traumatisme du syndrome de sevrage néonatal et des péripéties autour du traitement morphinique reste extrêmement présent, associé toujours à une culpabilité massive et au désir de « réparer », de « se rattraper ».

COUPLE ET PERE DU BEBE

L'attitude et l'investissement du papa auprès de leur fille étaient une source d'inquiétude pendant la grossesse. En effet, celui-ci ne souhaitait pas poursuivre la grossesse et était peu investi pendant la grossesse.

Carine évoque « *un déclic* » quand leur fille est née : « *il a été très ému à sa naissance. Déjà il a pleuré, il l'a prise dans ses bras. (...) Et puis en fait ça l'a complètement transformé* ». Il est plus « *apaisé* », s'est « *calmé* » son conjoint. Carine décrit un lien identique entre elle et Amandine et entre Amandine et son père : « *Elle est proche de son père comme de moi, euh. Il est super avec elle... Il est très attaché à Amandine, c'est...* ». L'annulation et la dénégation viennent mettre en évidence un conflit psychique que Carine élude par le biais de ces procédés. Les choses seraient-elles ainsi différentes de ce qu'en montre Carine, dans quelque chose de très positif voir idéalisé ? Par ailleurs, il apparaît que les échanges entre Amandine et son père relèvent essentiellement du jeu, du loisir et du plaisir. Il ne participe pas aux soins. En revanche, le père d'Amandine est à l'initiative de sorties et de moments de partage à trois.

La naissance de leur fille a fait évoluer la dynamique du couple autant que Carine qui se dit « *plus sérieuse* ». Elle explique que la naissance de leur fille les a rapprochés : « *ça a scellé notre couple d'une manière qu'il n'y avait pas avant parce qu'on avait pas de projets communs vraiment, puisqu'on était plus dans les consommations lui comme moi. On vivait au jour le jour. On faisait pas de projets à long terme. Donc là il s'accorde avec moi pour dire que ça nous a euh confortés en fait pour qu'on reste ensemble, pour dire qu'on resterait ensemble* ». Elle évoque des disputes moins fréquentes. Néanmoins, cela est également source de questionnements concernant les fondements du couple. Auparavant, il s'agissait de la

drogue. Aujourd'hui il pourrait s'agir du bébé mais Carine se questionne sur la pérennité de son couple dans ce nouveau statut de parents. Elle fait ainsi référence à des couples d'amis mais également à ses propres parents qui ont divorcé ou se sont séparés ce dont elle a souffert : « *Je me dis est-ce que ça va faire pareil ?* ». Cela pourrait être mis en lien avec le fait que son conjoint continue à consommer des toxiques malgré le traitement de substitution, la naissance de sa fille et le fait que Carine, elle, n'y touche plus. Ils n'auraient donc finalement pas les mêmes attentes concernant le futur. Carine verbalise cependant l'importance de rester avec son conjoint. Elle souhaite ainsi préserver sa fille de son propre vécu dans une tentative de réparation de ce vécu. De nouveau, c'est la problématique de la séparation qui domine. Par ailleurs, elle explique que sa priorité c'est de « *faire une vie, c'est avec ses parents* ». Cela traduit la difficulté pour Carine de se séparer de ses propres parents dans une certaine dépendance. Cela laisse entendre le traumatisme qu'a pu représenter la séparation de ses parents pour elle.

Carine explique également que le retour d'une intimité sexuelle « *a été difficile* ». En effet, la « *crainte* » d'une nouvelle grossesse représentait « *un frein* » pour Carine, accentuée par le fait que son conjoint ne souhaitait pas être père lorsque Carine est tombée enceinte d'Amandine. Nous nous demandons néanmoins si cette « *crainte* » d'une grossesse, qui semble prendre beaucoup de place pour Carine qui achète très régulièrement des tests de grossesse, ne traduit pas un désir inconscient d'enfant (ou de grossesse), d'autant que Carine n'a pas récupéré sa pilule. La relation du couple apparaît néanmoins quasi inexistante : « *Non on est très bien tous les trois en fait. Puis on a nos moments quand même quand elle fait la sieste, quand elle dort heu... ça viendra peut-être plus tard.* ».

AMBIVALENCE AUTOUR DES CONSOMMATIONS DE DROGUE

Carine avait arrêté cannabis et héroïne lorsqu'elle a eu connaissance de sa grossesse. Nous avons évoqué précédemment les consommations de drogues du conjoint de Carine. Malgré la minimisation, cela représente un problème pour Carine. Son conjoint consomme ainsi de l'héroïne même lorsque Carine est présente et la laisse à disposition. Lorsqu'elle consommait également, avant la grossesse, son conjoint était son unique fournisseur. Cela pose d'autant plus problème à Carine que cela a favorisé des envies de reprendre des produits dans « *des moments particuliers où je n'avais pas trop le moral... Donc voilà, je me disais... « c'est vrai que ça ferait du bien* », mais bon après je me dis que ça serait dommage, euh... que c'est déjà bien trop que lui, il en prenne... Je pense à Amandine. ».

Le produit occupe ainsi toujours une fonction antidépressive pour Carine. Il s'agit également d'un moyen pour faire face aux

événements et au vécu douloureux mais également pour pouvoir « gérer » la pression qu'elle s'impose face à son entourage. L'ambivalence est toujours présente face au produit, majorée lors du dernier entretien, entre désir de consommer et lutte contre cette envie. Amandine représente un frein important aux consommations de Carine. Les consommations sont en effet incompatibles avec le fait de s'occuper de sa fille : « *Je me dis que déjà lui il en prend occasionnellement donc, euh, si moi j'en prends euh, on va être deux. Ben pour ma fille, non c'est pas possible. Faut qu'y en ait au moins un de nous deux qui soit..., enfin j'dis pas que lui il est complètement euh à l'ouest et tout ça mais, faut que, faut que je sois, euh, lucide. Non non faut que ce soit ma priorité [sa fille]* ». Face à cette vulnérabilité face à la drogue que Carine reconnaît, elle a choisi, en accord avec son médecin psychiatre addictologue, de ne pas commencer à diminuer son traitement après l'accouchement et jusqu'à maintenant. Elle a en revanche diminué puis stoppé son traitement antidépresseur un mois auparavant. Elle explique que sans traitement « *ça va quand même. [...] Une petite baisse de moral, on en a toujours hein.* ». Carine minimise son humeur dépressive.

Carine a également un discours contrasté concernant le cannabis puisqu'elle nous dit dans un premier temps n'avoir pas repris après la naissance d'Amandine, puis que ça lui arrive de fumer quelques « *lattes* », qu'elle minimise en rationalisant (jamais le soir, jamais seule, ...) pour finalement annuler ses propos. Cela traduit de nouveau l'ambivalence vis-à-vis des produits.

Nous apprendrons quelques mois plus tard qu'elle a consommé de l'héroïne à nouveau à une seule reprise avec son conjoint. L'on se questionne sur l'impact de l'arrêt du traitement antidépresseur dans cette rechute, d'autant que, nous l'avons vu, la drogue faisait clairement office d'antidépresseur pour Carine.

1.4.2. Protocole du Rorschach et psychogramme de Carine

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I	3''	1	On aurait dit un monstre ou un diable	Le diable	G	FClob+	(H)	
		2	Un espèce de truc comme ça Avec des petites antennes comme un diable C'est pas très positif	Les cornes Et les yeux méchants	D1	FClob-	(Hd)	
II	2''	3	Je vois 2 bonhommes qui se tapent dans les mains	Les 2 têtes Et les mains	G	K+	H	
III	10''	4	Ma première impression c'est 2 monsieurs en train de danser ou 2 serveurs <i>C'est un peu bizarre</i>	2 serveurs Avec le costume La veste Les bras Et le plateau ou le bar	G	K+	H	Choc Ban
IV	9''	5	<i>Ça ne me dit pas grand-chose</i> Un monstre, quelque chose comme ça	Un monstre bizarre avec 2 gros pieds et des bras bizarres	G	F Clob+	(H)	Choc / tend. refus
		6	Un arbre bizarre	Un arbre, Un tronc avec des branches	G	F+	Bot	

V		7	Un papillon	Les ailes Les antennes Et les pâtes	G	F+	A	Ban
VI	7''	8 9 10	Ma première impression c'est un papillon Ou un tapis Une peau de bête	Une peau de bête Avec du relief (<i>au milieu</i>) En forme de papillon avec les ailes et les antennes	G G G	F- F+ FE+	A Obj. A	Choc Ban
VII	8''	11	C'est comme si c'était une dame qui se regardait dans un miroir Je vois plus 2 images qu'une image	La coiffure Les femmes anciennes Un dessin ancien	G	K+	H	Choc Sym
VIII	14''	12 13	Ça fait comme si c'étaient 2 espèces de salamandres (<i>rose</i>) sur une montagne Et là (<i>orange</i>) un papillon		D1+D8 D6+D7	F+ F+	A/géo A	Choc Ban
IX	14''	14 15	On dirait un peu un extraterrestre Avec de la fumée autour	Et à cause de la forme de la tête, les yeux (<i>orange</i>) La fumée dans la forme verte	G D12	F+/- FE-	(H) Fragment	Choc

				La forme des épaules				
X	10''		<i>C'est dur hein (rire) Je l'ai déjà fait pourtant je coirs mais c'était que en noir et blanc, après le divorce de mes parents</i> Ça ne représente rien	Des rongeurs (<i>noir</i>)				Choc Com.
		16	2 crabes,		D1	F+	A	Tend.refus
		17	2 rongeurs,		D8	F+	A	
		18	1 soutien-gorge Mais il n'y a pas de globalité		D6	F-	Obj.	

Temps total : 22 minutes

Choix + : - VI : C'est joli
- III : J'aime bien

Choix - : - I : J'ai vu le diable en premier. C'est pas top.
- X. Ca me dit pas grand-chose.

PSYCHOGRAMME Carine

R : 18

R additives :

Refus :

Tps total : 22'

Tps/rep. Moyen :

G : 11

G%: 61

F: 11

F%: 61

F+% : 73

H: 3

Hd:

(H): 3

(Hd) : 1

H%: 39

D: 7

D%: 39

Dd:

Dd%:

K: 3+

kan:

kp:

kob:

A: 7

Ad:

(A):

A%: 39

Dbl:

Dbl%:

FC:

CF:

C:

FC':

C'F:

C':

Ban : 6

Elem :

Frag : 1

Obj : 2

Anat :

Géo : 1

Bot : 1

Choix + : VI, III

Choix - : I, X

FE: 2+

EF:

E:

Scène :

Nature :

Arch :

Abstr :

TRI : 3K/0C

F. Compl. : 0kan/1E

FClob: 3

ClobF:

Clob:

Symb :

Sang :

Sexe :

RC% : 39

Eléments qualitatifs : Sym. Pl. VII

IA% : 6

1.4.3. Analyse du protocole du Rorschach de Carine

1.4.3.1. Clinique de la passation

La passation de Carine est marquée par l'inhibition et le refoulement névrotique. La productivité s'avère restrictive avec un nombre de réponses inférieures aux normes, contrairement au temps de réponse qui lui est dans la norme. Cela rend compte d'un temps important de latence à la plupart des planches, qualifiant ainsi le refoulement et l'inhibition. Cela traduit un évitement face au matériel que l'on note également à travers des commentaires et des contenus intellectualisés. Carine ne semble pas pour autant mal à l'aise au cours de la passation mais n'y prend pas de plaisir non plus. La passation du Rorschach s'avère finalement moins inhibé que celle du TAT par la suite.

1.4.3.2. Analyse des processus de pensée

Un G% supérieur à la norme et un D% inférieur à la norme rendent compte d'une perception synthétique, d'une prise de distance par rapport au matériel dans une visée d'évitement des sollicitations latentes des planches. Les réponses globales sont majoritairement associées à de bonnes formes, ce qui met en évidence le caractère adaptatif du fonctionnement cognitif de Carine, et l'existence d'une identité intègre, stable et différenciée de l'environnement. L'on note néanmoins une mauvaise forme à la planche VI et une forme floue à la planche IX qui mettent en exergue une désorganisation transitoire de l'activité de pensée sous la massivité des projections. Les réponses globales apparaissent d'autant plus comme une défense que trois des sept réponses détail sont associées à de mauvaises formes (planches I, IX et X). L'on note néanmoins la présence de bonnes formes associées à des G ou des D à ces mêmes planches. La pensée apparaît ainsi opérante, ponctuée de désorganisations transitoires sous le poids des fantasmes et des sollicitations latentes de certaines planches (névrotique (I, VI), archaïque (IX), séparation (X)). La perception synthétique permet malgré tout une prise de distance.

L'on note par ailleurs, la présence de kinesthésies humaines à toutes les planches sollicitant la relation (planches II, III et VII). Ces kinesthésies sont associées à de bonnes formes. Cela traduit l'existence d'une vie interne et fantasmatique accessible à Carine ainsi que la possibilité pour elle de fonctionner dans une aire transitionnelle. Le K de la planche II rend compte d'un mouvement pulsionnel agressif intégré à la représentation au sein de la relation (« Deux bonhommes qui se tapent dans les mains »). Le K de la planche III rend compte d'un mouvement pulsionnel libidinal également intégré à la relation (« deux monsieurs en train de danser »). Cela met en évidence l'existence d'un monde pulsionnel « vivant » et non menaçant

chez Carine qui est également en mesure de gérer les conflits psychiques. Cela rend également compte d'une insertion socialisante de Carine. La pensée s'avère ainsi mobilisée, opérante et créatrice. Elle peut se trouver désorganiser transitoirement par les fantasmes mais les mouvements pulsionnels et les conflits psychiques ne sont pas pour autant menaçants ni évités.

Les F% et F+% sont dans la norme et rendent ainsi compte d'une capacité d'adaptation à la réalité externe qui est investie. Cela met également en évidence l'existence de bonnes limites entre le monde interne et le monde externe où le premier a toute sa place comme nous avons déjà pu le voir. La vie interne et fantasmatique n'est pas étouffée. La présence de suffisamment de banalités indique également une bonne socialisation et une certaine conformité sociale de Carine. L'on évoquait précédemment des désorganisations ponctuelles à certaines planches. L'on note en effet des F- aux planches I et VI qui peuvent être récupérées dans la réponse ou à l'enquête. La désorganisation à la dernière réponse de la planche X rend compte d'une problématique de séparation tandis que les désorganisations à la planche IX rendent compte d'une effraction des limites et de l'enveloppe.

Le H% supérieur à la norme rend compte de l'intégrité de la représentation de soi et de la possibilité d'identification à des contenus humains. Il rend cependant compte de l'incursion du monde fantasmatique (pas pour autant désorganisant) puisque le nombre de personnages imaginaires est identique aux contenus humains. Le A% s'avère être dans la norme ce qui implique un protocole adapté.

Le TRI est introversif avec l'absence de réponses couleur. Carine ne se laisse pas imprégner par les affects qui s'avèrent ainsi abrasés. Néanmoins, l'on note deux réponses estompées (intégrées à la représentation) aux planches VI et IX. L'estompage rend compte de l'effraction sensorielle qui s'avère désorganisante à la planche IX. Cela traduit une certaine immaturité et une difficulté à s'affirmer. De plus, le RC% est supérieur à la moyenne, ce qui implique une sensibilité à la régression et à l'environnement. Carine se laisse ainsi imprégner par l'environnement, ce qui peut s'avérer également désorganisant (puisque présence de F-). L'on doit également noter la sensibilité à la séparation avec un nombre plus important de réponses à la planche X. La sensibilité dépressive apparaît renforcée par une sensibilité au gris à la planche VII et au blanc aux planches I et X.

Le cadre permettant de cerner et de différencier monde interne et monde externe est bien présent chez Carine mais il vacille sous le poids des projections en lien avec les relations aux imagos, la séparation et la problématique de castration. Le monde interne est cependant investi dans le plaisir semble-t-il. Les mouvements pulsionnels sont bien intégrés aux représentations

et les conflits psychiques peuvent être élaborés. La vie affective apparaît nettement plus limitée et abrasée ou bien est plus difficilement contenue par Carine avec l'effraction sensorielle. Carine apparaît plus sensible aux couleurs achromatiques, traduisant la présence d'une problématique de perte d'objet.

1.4.3.3. Représentations de soi, narcissique

De nombreux indices rendent compte de l'absence d'une problématique identitaire chez Carine. En premier lieu, la présence de kinesthésies humaines et de contenus humains exclusivement associés à de bonnes formes. Cela rend compte de l'identification à des personnages humains et de l'existence d'une représentation de soi intègre, non menacée dans la relation par ailleurs. Les planches compactes corroborent cette observation, d'autant qu'on note la banalité à la planche V. Les réponses (H) présentes en grand nombre traduisent un envahissement fantasmatique qui ne vient cependant pas mettre à mal l'intégrité de soi.

L'on note une prévalence de réponses floues, aux contours incertains (« truc », « un espèce de truc », planche I ; « quelque chose comme ça », « bizarre », planche IV ; « une espèce de », planche VIII ; « on dirait un peu un extraterrestre », planche IX). Cela rend compte d'un évitement, d'une tentative de distanciation par rapport aux planches et à leurs sollicitations latentes. Le F% et le F+% sont cependant dans la norme et garantissent donc des limites stables entre monde interne et monde externe, avec une bonne différenciation entre les deux. L'on peut donc penser que les réponses « floues » renvoient plus à un mécanisme défensif contre les sollicitations fantasmatiques des planches. L'on note une réponse symétrique, la question du double à la planche VII qui renvoie à une fragilité narcissique de Carine face au féminin maternel.

Carine identifie des personnages humains mais sans sexuation à la planche II et oscille dans les identifications traduisant la problématique identificatoire. Elle identifie des personnages féminins à la planche III. Idem à la planche VII. L'identification féminine apparaît structurante. La confrontation aux planches phalliques paternelles s'avèrent plus problématiques. Ainsi, la planche IV est caractérisée par l'inhibition et le refoulement traduisant la reconnaissance de la sollicitation latente. La passivité est ainsi abordée dans une évidence perceptive. Carine peut néanmoins verbaliser une réponse rendant compte de l'identification de la puissance phallique active et angoissante. L'imgo masculine s'avère ainsi également structurante. La planche VI se référant à l'homme comme objet libidinal vient cependant

désorganiser Carine dans la reconnaissance, dans une mauvaise forme, du symbolisme phallique (« antennes »). La représentation d'un corps entier et intègre ne s'avère possible qu'en supprimant la sexualité. Il s'agit néanmoins d'un choix positif de Carine. L'insistance sur des éléments phalliques aux planches I (« antennes », « cornes »), IV (« monstre bizarre avec deux gros pieds », « arbre », « branches »), V (« antennes ») et VI (« antennes ») sous-tend la problématique de castration.

1.4.3.4. Représentations de relations

Comme nous l'avons déjà noté, la pulsion agressive est présente à la planche II, intégrée dans la représentation de relation. De même, à la planche III, la pulsion libidinale est également présente et intégrée dans une représentation de relation. Néanmoins, cette dernière est finalement annulée par la représentation qui suit dans une tentative de mise à distance du mouvement pulsionnel et de la relation. Cela vient signifier le conflit entre désir et défenses. Il s'agit cependant d'un des choix de planches positifs de Carine. Les mouvements pulsionnels autant que les relations objectales sont investies positivement et peuvent être élaborés au travers de représentations. La conflictualisation est possible.

La kinesthésie de la planche VII est une kinesthésie statique qui rend compte de la spécularité (« une dame qui se regardait dans un miroir »). Carine insiste ensuite sur la différenciation, la séparation entre les deux parties de la planche (« deux images »). Elle évoque ainsi la question du double (dans une problématique narcissique) puis insiste sur la séparation, la différenciation. Cela vient mettre en évidence une problématique de séparation-individuation dans la relation à la figure maternelle. Celle-ci est d'ailleurs mise à distance à l'enquête par les références temporelles lointaines et la mise en tableau (« un dessin ancien »). La relation est ainsi gelée, absente. La planche IX quant à elle, rend compte d'une émergence fantasmatique mal contenue par la forme avec tentative de mise à distance et d'évitement face à la régression induite. Les enveloppes apparaissent mises à mal face à la confrontation avec l'imgo maternelle archaïque (« fumée »). L'on note également une représentation persécutrice à l'enquête ainsi qu'une sensibilité au vide, mettant en exergue une problématique dépressive dans la relation primaire (« yeux »).

La réaction de Carine à la planche I marque également une certaine angoisse face à la nouveauté et au monde extérieur qui apparaît menaçant dans une identification projective. Néanmoins, cela est modéré par ses réponses à la planche VIII banales et qui ne viennent pas effracter le cadre interne - externe. Néanmoins, le temps de latence très important ainsi que les réponses « détails » traduisent une certaine mise à distance et une possible angoisse.

La problématique de séparation apparaît importante chez Carine de par le temps de latence long et son commentaire traduisant d'abord un besoin d'étayage puis faisant référence au divorce de ses parents, à leur séparation à la planche X. La problématique de la planche vient ainsi particulièrement solliciter Carine. Elle fait également référence aux couleurs achromatiques, signalant la problématique dépressive qui apparaît ainsi massivement à cette planche. Carine tente de prendre de la distance face à la sollicitation latente de la planche par l'isolation de détails mais cela ne tient pas. Elle tente alors de s'appuyer sur le percept. Cette planche est un de ses choix négatifs.

Nous avons déjà évoqué précédemment les relations à l'imgo paternelle et à l'homme en tant qu'objet d'amour.

1.4.3.5. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

Carine a recours à différentes modalités défensives. Ces dernières relèvent aussi bien de la rigidité : intellectualisation (réponse bot. Planche IV ; réponse géo. Planche VIII), l'isolation (D) (planches I, VIII, IX et X) qui s'avère la plupart du temps peu efficace, mode d'appréhension global prépondérant, précautions verbales, refoulement, que de l'inhibition : évitement prépondérant, répression (planche VIII). L'on note également le recours à l'identification projective et à l'idéalisation/dévalorisation.

L'angoisse de séparation autrement dit l'angoisse dépressive est associée à une angoisse de castration repérable notamment à travers les contenus à valence phallique.

1.4.3.6. Conclusion

Les limites entre monde interne et monde externe apparaissent opérantes malgré des désorganisations transitoires liées aux sollicitations latentes des planches (problématiques névrotique, archaïque (imgo maternelle) et de perte d'objet). Par ailleurs, les mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux sont intégrés et élaborables, de même que les conflits psychiques. Les affects s'avèrent en revanche plus désorganisant. La relation à l'objet masculin et phallique est également possible et empreinte d'angoisse. La relation à la figure maternelle peut laisser supposer une problématique de séparation-individuation.

1.4.4. Protocole du TAT de Carine

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: Euh pfff c'est pas facile hein. C'est un p'tit garçon qui doit euh... qui doit apprendre à jouer du violon. J'imagine que c'était y a longtemps et euh qui préférerait faire autre chose.

Procédés du discours : Euh pfff c'est pas facile hein [B12 ; CI1]. C'est un p'tit garçon qui doit euh... qui doit apprendre à jouer du violon [A11 ; A24]. J'imagine que c'était y a longtemps et euh qui préférerait faire autre chose [A31 ; A12 ; E42 ; A24 ; B23].

Problématique de la planche : *Carine aborde la problématique de l'immaturation fonctionnelle dans un conflit intrapsychique dominé par la contrainte, une volonté externe. L'impuissance déborde Carine à travers une désorganisation transitoire du discours avec tentative de mise à distance du conflit psychique en jeu. Elle se retrouve dans le fait que l'enfant ne tente pas de jouer de l'instrument, de s'en servir.*

Planche 2: (9 secondes) Euh, j'imagine que c'est, euh c'est aussi dans une période du passé, assez loin. Euh, une jeune fille qu'a l'air de euh, de vouloir étudier euh, d'en faire sa priorité dans un... 'fin, dans un environnement où c'est pas forcément le cas.

Procédés du discours : (9 secondes) Euh, j'imagine que c'est, euh c'est aussi dans une période du passé, assez loin [A31 ; A12]. Euh, une jeune fille qu'a l'air de euh, de vouloir étudier euh, d'en faire sa priorité dans un... 'fin, dans un environnement où c'est pas forcément le cas [CI2 ; A31 ; B23 ; CI2 ; E11]

Problématique de la planche : *Carine tente de mettre à distance la problématique de la planche. Le scotome des deux personnages sous-tend l'évitement de la problématique de la triangulation œdipienne en jeu ici. Celle-ci ne peut être abordée et encore moins élaborée par Carine.*

Planche 3BM : (5 secondes) Y'a un objet par terre ? Je vois pas. C'est quoi je ... (11 secondes). Euh j'imagine que c'est ... c'est une personne qu'a voulu s'enfermer et pleurer toute seule. J'imagine que c'est des clés, l'objet. Je sais pas *Et pourquoi elle pleurerait d'après vous ?* Euh je sais pas. Le besoin de se retrouver toute seule, euh. Ouais ça a l'air d'être une femme. Besoin, ouais, besoin de se retrouver toute seule.

Procédés du discours : (5 secondes) Y'a un objet par terre ? [CM1] Je vois pas [CL2]. C'est quoi je ... (11 secondes) [CI1]. Euh j'imagine que c'est ... c'est une personne qu'a voulu s'enfermer et pleurer toute seule [A31 ; A11 ; CI2 ; B22 ; CI2]. J'imagine que c'est des clés, l'objet [A31 ; A11]. Je sais pas [CI1] *Et pourquoi elle pleurerait d'après vous ?* Euh je sais pas [CI1]. Le besoin de se retrouver toute seule, euh [A24 ; CI2]. Ouais ça a l'air d'être une femme. Besoin, ouais, besoin de se retrouver toute seule [E42 ; A31 ; A31- remâchage].

Problématique de la planche : *La problématique dépressive de perte d'objet ne peut être abordée et développée par Carine. Cette problématique entraîne une massivité des défenses mises en œuvre, aussi bien rigides que relevant de l'inhibition. Tout cela pour éviter la problématique de perte d'objet. Carine peut évoquer des affects dépressifs qui ne sont pas mis en lien avec la perte. Le « besoin d'être seule » renvoie à un besoin de contrôle face à la solitude et à la perte. Carine est alors actrice de sa solitude et non plus passive face à la perte. Les mécanismes défenses renvoyant à l'inhibition et les défenses rigides d'accrochage à la réalité ne permettent pas une conflictualisation de la problématique mais semblent opérantes dans ce rôle.*

Planche 4: (4 secondes) Euh, on dirait un film. Une image d'un film des années 50-60. Une histoire d'amour. Euh un film avec une histoire d'amour.

Procédés du discours : (4 secondes) Euh, on dirait un film [A31 ; CN3]. Une image d'un film des années 50-60 [CN3 ; A12]. Une histoire d'amour [CN3]. Euh un film avec une histoire d'amour [CN3 ; CI2 ; A31].

Problématique de la planche : *Le recours aux défenses narcissiques vient figer les mouvements pulsionnels et entraver l'accès aux conflits psychiques liés à l'ambivalence et à la perte d'objet.*

Planche 5: (9 secondes) Euh, une personne euh, qui rentre chez elle. Ça m'inspire pas grand-chose cette photo, moi j'vois... Je sais pas

Procédés du discours : (9 secondes) Euh, une personne euh, qui rentre chez elle [CI2 ; CF1]. Ça m'inspire pas grand-chose cette photo, moi j'vois... Je sais pas [CI1].

Problématique de la planche : *Le récit est marqué par l'accrochage au factuel, au concret et par l'inhibition et le refus. La problématique de la planche liée à la reconnaissance d'une figure maternelle surmoïque, à la curiosité sexuelle et à la pulsion scopique et/ou à une figure persécutrice est éludée par Carine.*

Planche 6GF : (9 secondes) On dirait un père euh avec sa fille, en complicité entre un père et sa fille. Bien qu'il soit plus âgé que la femme.

Procédés du discours : (9 secondes) On dirait un père euh avec sa fille [A31 ; A11 ; B11], en complicité entre un père et sa fille [E41 ; B11]. Bien qu'il soit plus âgé que la femme [E33].

Problématique de la planche : *Le rapproché incestueux désorganise le discours de Carine du fait de la massivité des fantasmes en jeu.*

Planche 7GF : (7 secondes) Euh, une maman qui vient d'avoir un bébé. Non c'est une poupée en fait, c'est pas un bébé. Euh une fille qui va, une petite fille qui va voir sa mère qui est en train de rire et qui essaye de l'intéresser à elle en fait, en lui montrant son jouet

Procédés du discours : (7 secondes) Euh, une maman qui vient d'avoir un bébé [A11 ; CN1]. Non c'est une poupée en fait, c'est pas un bébé [A32]. Euh une fille qui va, une petite fille qui va voir sa mère qui est en train de rire et qui essaye de l'intéresser à elle en fait, en lui montrant son jouet [A34 ; CM2 ; B11 ; CM1-].

Problématique de la planche : *La relation mère-fille vient dans un premier temps solliciter Carine dans son vécu actuel avec un accent porté sur le vécu personnel dans une identification. Cette représentation plus narcissique est cependant annulée, ce qui traduit une certaine*

fragilité dans l'identification à la mère. Par ailleurs, Carine donne une autre représentation sans lien apparent avec la première bien que sous-tendu par la même problématique : le rapproché mère-fille et les conflits qu'il mobilise. C'est la réactualisation de l'ambivalence dans la relation mère-enfant qui prédomine en termes de proximité et de rejet et des angoisses d'abandon sous-jacentes.

Planche 9 GF : (9 secondes) Deux jeunes filles qui rentrent de l'école avec leurs affaires.

Procédés du discours : (9 secondes) Deux jeunes filles qui rentrent de l'école avec leurs affaires [CF1 ; CI2].

Problématique de la planche : *La rivalité est complètement éludée par Carine par le biais de l'inhibition et du surinvestissement de la réalité externe. Derrière un évitement manifeste de la conflictualité, il est probable ce soit une agressivité plus violente qui se mobilise dans une problématique où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa perte.*

Planche 10 : (6 secondes) Un couple d'homme, voilà, un couple d'homme

Procédés du discours : (6 secondes) Un couple d'homme, voilà, un couple d'homme [B32 ; CF1].

Problématique de la planche : *La reconnaissance du couple et donc de la relation érotisée reste marquée par le surinvestissement de la réalité externe et ne permet pas le déploiement du conflit psychique et de la problématique.*

Planche 11 : (9 secondes) Euh, des personnes essayant de, d'échapper à un dragon dans un monde imaginaire. *Est-qu'ils arrivent à échapper au dragon ?* Oui. Oui je pense, en passant par le mur oui, j'imagine que oui.

Procédés du discours : (9 secondes) Euh, des personnes essayant de, d'échapper à un dragon dans un monde imaginaire [A11 ; CI2 ; B24 ; E22 ; A21]. *Est-qu'ils arrivent à échapper au dragon ?* Oui. Oui je pense, en passant par le mur oui, j'imagine que oui [A31 ; A11].

Problématique de la planche : *Le contenu latent de la planche vient solliciter Carine par rapport à l'imaginaire maternelle archaïque angoissante. Néanmoins, avec l'étayage sur l'intervention de la clinicienne, Carine parvient à se dégager de la représentation angoissante de l'imaginaire maternelle pour accéder à quelque chose de plus symbolique dans le rapport à la mère.*

Planche 13B : (4 secondes) Euh un petit garçon qui, qui regarde les gens passer pour s'occuper.

Procédés du discours : (4 secondes) Euh un petit garçon qui, qui regarde les gens passer pour s'occuper [A11 ; CF1 ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique de perte et de solitude est déniée par Carine avec un surinvestissement de la réalité externe et la banalisation.*

Planche 13MF : (7 secondes) Euh, un monsieur qui vient de découvrir que sa compagne est décédée, euh, d'une maladie ou autre.

Procédés du discours : (7 secondes) Euh, un monsieur [A11 ; CI2] qui vient de découvrir que sa compagne [B32] est décédée [E23], euh, d'une maladie ou autre [A31 ; CI2].

Problématique de la planche : *Carine peut évoquer une relation libidinale et une représentation mortifère face à cette planche mais elle ne peut les mettre en lien. Par ailleurs, le conflit psychique est éludé par la banalisation et elle ne peut mettre en lien la représentation de perte d'objet avec des affects dépressifs. Le récit autant que le conflit apparaissent abrasés.*

Planche 19 : (5 secondes) C'est un bateau sur une mer agitée.

Procédés du discours : (5 secondes) C'est un bateau sur une mer agitée [A11 ; → E23].

Problématique de la planche : *La réactivation de problématique archaïque persécutrice empêche Carine de construire un récit conflictualisé.*

Planche 16 : (7 secondes). C'est l'histoire de... Je sais pas. (13 secondes). C'est dur de partir de rien comme ça. (10 secondes) *Vous n'êtes pas inspirée ? Une idée ?* Non du tout. Je sais pas j'arrive pas à... Je sais pas du tout quoi vous..., quoi inventer.

On va s'arrêter là alors pour aujourd'hui. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ou est-ce que vous avez des questions ? Ben pour l'instant non, j'trouve qu'on a assez bien parlé déjà (rires). Ouais ouais. Je suis désolée de pas avoir trouvé la dernière histoire mais j'suis pas très... 'fin si on parle de quelque chose, je pourrais vous inventer une histoire qui dure des heures mais là partant de rien... *Oui, en partant d'une feuille blanche...* 'fin je sais pas ça peut être l'histoire d'une feuille, d'une page blanche donc qui va se..., qui va commencer à se..., qui va commencer à écrite au fur et à mesure euh, des années qui passent et qui finira par être euh pleine de choses. Euh, (5 secondes) pleine de choses au fur et à mesure de l'évolution des années et qui montrera les bons moments passés euh uniquement.

Procédés du discours : (7 secondes). C'est l'histoire de... Je sais pas. (13 secondes). C'est dur de partir de rien comme ça. (10 secondes) *Vous n'êtes pas inspirée ? Une idée ?* Non du tout. Je sais pas j'arrive pas à... Je sais pas du tout quoi vous..., quoi inventer. [CII +++]

On va s'arrêter là alors pour aujourd'hui. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ou est-ce que vous avez des questions ? (...) 'fin je sais pas ça peut être l'histoire d'une feuille, d'une page blanche donc qui va se..., qui va commencer à se..., qui va commencer à être écrite au fur et à mesure euh, des années qui passent et qui finira par être euh pleine de choses. Euh, (5 secondes) pleine de choses au fur et à mesure de l'évolution des années et qui montrera les bons moments passés euh uniquement.

Problématique de la planche : *Carine peine à se dégager du factuel, du blanc. La capacité à fantasmer sans support perceptif reste très difficile, cela pourrait traduire un défaut des objets internes. Néanmoins, au bout de plusieurs minutes, elle peut se reprendre et raconter une histoire qui montre la possibilité de se projeter. Néanmoins, Carine ne peut mobiliser que des défenses maniaques face au vide de la planche. La problématique dépressive est au premier plan de même que la problématique narcissique.*

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 ++	E11 +
A12 +	B12 +	CF2	E12
A13	B13		E13
A14	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21 +	B21	CI3	E21
A22	B22 +		E22 +
A23	B23 +	CN – Investissement narcissique	E23 +
A24 +	B23 +	CN1 +	
		CN2	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3 +++	E31
A31 +++	B31	CN4	E32
A32 +	B32 +	CN5	E33 +
A33	B33		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41 +
		CL2 +	E42 +
		CL3	E43
		CL4	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 +	
		CM2 +	
		CM3	

1.4.5. Analyse du protocole du TAT de Carine

1.4.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole du TAT de Carine est pauvre et marqué par une inhibition massive dans la confrontation aux planches plus figuratives. Cela transparait autant à travers des réponses courtes aconflictuelles (planches 5, 9GF, 10, 13B,19) que par les procédés d'évitement du conflit plus nombreux. L'on repère ainsi des procédés rendant compte de l'inhibition et le surinvestissement de la réalité externe. Nous nous posons d'ailleurs la question d'un évitement massif des conflits et/ou d'une véritable difficulté à fantasmer qui se repère notamment à la planche 16 (planche blanche) où Carine n'est pas en mesure d'imaginer un récit, de fantasmer sans support perceptif. Elle y parvient finalement à minima après un temps de latence extrêmement long et l'étayage de la clinicienne. C'est néanmoins cette possibilité de réponse, bien que tardive, qui nous questionne sur la présence, plutôt que d'une difficulté à fantasmer, d'un évitement du conflit massif. Cela est renforcé par le fait que son fonctionnement psychique apparaît plus riche et plus souple aux planches non figuratives du Rorschach face à un matériel plus projectif. Cet évitement du conflit s'articule avec un évitement des relations interpersonnelles à plusieurs planches (sauf planches 6GF, 7GF et 10) et des mouvements pulsionnels notamment à la planche 4, beaucoup plus qu'au Rorschach. Cela rend compte d'une problématique relationnelle et narcissique chez Carine. Le monde interne apparaît abrasé, plat, factuel. Il nous est encore difficile de dire s'il s'agit d'un mouvement défensif ou d'une véritable coupure par rapport à son monde interne. Le Rorschach mettait cependant en évidence une possibilité d'investissement de son monde interne et une capacité de gestion des mouvements pulsionnels au sein de la relation.

Les procédés rigides et labiles sont également repérés dans le protocole, toujours en quantité limitée au regard de l'inhibition massive qui prévaut. L'investissement de la réalité externe prévaut d'ailleurs dans les processus rigides sans qu'il puisse soutenir la conflictualisation. Tout reste très descriptif. Le remâchage et les précautions verbales rendent compte de l'enlisement de la pensée. Malgré tout, l'on note une conflictualisation intrapsychique possible aux planches 1 (sans dégagement possible) et 3 (sans motifs du conflit précisé), ainsi que des allers-retours entre des représentations contrastées (planches 1 et 2). Cela reste cependant limité.

L'on note par ailleurs l'émergence de processus primaires avec des craquées verbales, une altération du discours sous le poids des fantasmes aux planches 1, 2 et 6 GF. Ainsi qu'une confusion des identités face à la confrontation à la relation hétérosexuelle incestueuse.

1.4.5.2. Synthèse des problématiques

Les premières planches semblent plus développées et plus investies par Carine mais source de potentielles désorganisations. Cela nous laisse alors penser que l'inhibition massive qui règne sur ce protocole rend compte d'un évitement massif du monde interne, des fantasmes et des conflits psychiques potentiellement menaçants et désorganisant pour Carine. Cela est opérant puisque tout conflit est abrasé mais cela entraîne une pauvreté de la vie psychique et fantasmatisée manifeste chez Carine. L'inhibition est majorée aux planches figuratives (par rapport au test plus projectif du Rorschach), ce qui laisse entendre le poids des mouvements défensifs face aux problématiques de perte et œdipienne.

La position dépressive ne semble en effet pas élaborée à travers l'absence de lien entre représentation de perte et affects dépressifs (planches 13MF, 13B). L'on peut d'ailleurs penser que l'évitement du conflit à ces planches, ainsi que les mouvements pulsionnels figés à la planche 4, rendent compte d'un évitement de la perte d'objet et de la perte de l'amour de l'objet. Carine se pose par ailleurs comme actrice de sa solitude à la planche 3 plutôt que comme passive face à la perte d'objet. La problématique prévalente chez Carine relèverait ainsi d'une impossible élaboration de la position dépressive et d'une angoisse de perte d'objet.

La problématique œdipienne ne semble pas élaborée par ailleurs. En effet, la triangulation œdipienne est clairement déniée par le scotome du couple parental à la planche 2, comme si l'éviction du couple était trop insupportable. La rivalité œdipienne est impossible à évoquer à la planche 9GF, probablement parce - qu'elle sous-tend un risque de perte de l'objet. Seul le rapproché père-fille apparaît possible à la planche 6GF mais les fantasmes incestueux sous-jacents viennent désorganiser transitoirement le récit.

L'on ne note aucun signe d'une problématique identitaire. Les personnages peuvent également être dotés d'une sexualité.

La planche 7GF renvoie Carine à son propre vécu (elle a accouché il y a quelques mois) et pourrait laisser penser que l'identification à une figure maternelle est possible. Néanmoins, la relation mère-fille reste marquée par la recherche de la mère et l'angoisse de perte d'objet. La relation à l'imaginaire maternelle semble en revanche structurante puisque Carine peut élaborer un récit et se dégager du conflit pour accéder à une symbolique maternelle plus secondarisée.

La planche 19 laisse cependant entrevoir, à travers l'absence totale de conflictualisation, une problématique archaïque persécutive et peut-être dépressive non élaborée.

Nous avons déjà conclu à propos de la planche 16 mais nous pouvons ajouter la mise en évidence d'une fragilité narcissique au travers de la réponse que Carine donne tardivement.

L'agressivité et la relation en général semblent plus aisées à manier dans le lien à la figure paternel masculine que dans le lien à la figure féminine maternelle.

L'investissement de la pensée identifiée à l'analyse du Rorschach, l'expression de mouvements pulsionnels et les représentations de relations agressives et libidinales viennent supprimer l'hypothèse d'un réel vide fantasmatique chez Carine. L'inhibition traduit ainsi un évitement du conflit œdipien notamment et de la confrontation à la perte.

1.4.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Carine

Le discours de Carine de même que les tests projectifs sont marqués par l'inhibition. Elle a recours à beaucoup d'exemples et détails pour étayer, appuyer, justifier ses propos. Les procédés rigides de rationalisation et d'intellectualisation sont largement utilisés. Carine s'appuie également beaucoup sur les normes extérieures et le discours des professionnels ou de son entourage, marquant la dépendance à l'environnement et la fragilité narcissique à travers un besoin de réassurance. Celui-ci se repère également à travers la représentation dépréciée d'elle-même, marquée par une culpabilité massive. Le discours apparaît « plat », inhibé lorsqu'elle aborde les relations avec son conjoint ou sa représentation en tant que mère. L'idéalisation et la mise à distance des représentations plus négatives dominent d'ailleurs lorsqu'il est question de ses objets d'étayage (parents et conjoint notamment). L'on note cependant des ébauches de conflictualisation qui sont rapidement éludées par des procédés rigides et d'évitement du conflit, ou bien qui s'enlisent avec notamment des remachâges. Le discours apparaît plus « vivant » lorsqu'elle parle de sa fille et du développement de cette dernière. L'évocation d'affects est également possible exceptée lorsqu'il s'agit de les mettre en lien avec des représentations de perte. Cela traduit un défaut d'élaboration de la problématique de perte réactivée par le décès de son frère. Malgré tout, le discours lors du dernier entretien apparaît moins idéalisé et moins « plaqué » que lors des deux premiers entretiens.

Les défenses rigides ne s'avèrent pas toujours opérantes au Rorschach puisque l'on observe des désorganisations transitoires face aux sollicitations névrotiques, archaïques (imago maternel) et à la problématique de perte. La pensée apparaît cependant plus investie avec l'investissement des relations et l'intégration des mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux. La conflictualisation psychique est également repérée. Les frontières entre monde interne et monde externe s'avèrent opérantes. L'on note également une sensibilité à la séparation et aux couleurs achromatiques qui mettent en avant l'existence d'une problématique dépressive chez Carine.

Celle-ci est également massivement repérée dans le protocole du TAT. Elle semble également s'articuler avec une problématique plus œdipienne à travers un évitement de l'agressivité dans la relation à l'objet maternel, agressivité qui s'avère moins difficile à manier dans la relation à la figure masculine-paternelle. Le protocole reste marqué par une inhibition massive avec des réponses largement aconflictuelles et un évitement de la relation. Les défenses rigides et labiles sont présentes mais en quantité moindre.

Il nous semble ainsi que l'angoisse de perte de l'amour de l'objet domine chez Carine en étant présente à la fois dans un registre névrotique et dans un registre plus anaclitique éclairant la problématique dépressive largement présente dans tous les entretiens et aux tests projectifs. L'on note également une certaine dépendance à son conjoint et à l'extérieur.

Le désir d'enfant apparaissait largement investi par Carine. Les mouvements fœtaux ainsi que les échographies, très positivement investis, ont contribué à l'avènement des représentations du bébé et à la construction d'une relation mère-fœtus avant la naissance à laquelle Carine tentait d'intégrer son conjoint. Cela rend compte de l'existence d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé qui s'avère différencié, d'ors et déjà pensé comme un être d'altérité. L'on note également des mouvements d'identification et de différenciation par rapport à sa propre mère, garantissant l'accès au statut psychique de mère. Son bébé était cependant, déjà pendant la grossesse, porteur d'une fonction de « réparation » contra-dépressive à l'égard des parents de Carine suite au décès de son frère aîné. Carine semble elle-même s'attribuer cette fonction de soutien et de réparation à l'égard de ses parents, qu'elle projette ainsi sur sa fille à naître, dans une double problématique œdipienne et de perte d'objet. La grossesse et le bébé représentent un renflouage narcissique vecteur de changement avec un potentiel transformatif des relations narcissico-objectales puisque Carine a stoppé toutes ses consommations de drogue à la connaissance de sa grossesse. Les consommations importantes en début de grossesse peuvent être comprises comme réaction face

au mouvement pulsionnel induit par la grossesse et associé à des représentations et un vécu insupportable pour Carine. Le « blanc » de sensation et d'enfant (Cohen-Salmon & al., 2011) aura par la suite permis une certaine élaboration de cette violence pulsionnelle et de ces représentations et ainsi le besoin moins impérieux de consommer avec l'arrêt des consommations et la stabilisation du traitement de substitution. Il y a modification de la dépendance avec centration sur le bébé ainsi qu'une modification des habitudes de vie. Néanmoins, l'ambivalence entre un désir de ne pas reprendre les consommations, la peur que cela ne tienne pas et l'envie du produit reste présente pendant la grossesse.

Tout ce qui concerne sa fille après la naissance et jusqu'à ses un an est envahi par la question du syndrome de sevrage néonatal. En effet, cela engendre des représentations de « mauvaise mère » chez Carine associées à une culpabilité massive du fait de ce qu'elle lui a fait vivre. Cela la renvoie également à un sentiment d'impuissance pour calmer son bébé et ainsi à un bébé non-gratifiant qui fait alors l'objet de représentations plus négatives. Les relations mère-bébé sont également imprégnées de ces thématiques puisque Carine craint que sa fille lui en veuille pour ce qu'elle lui a fait « *subir* ». Cela renvoie à sa propre culpabilité et probablement au fait qu'elle-même en veuille à sa fille pour les représentations négatives, la culpabilité et le mal-être que cela engendre chez elle. Par ailleurs, Amandine ne vient pas occuper la fonction d'un bébé gratifiant, objet contra-dépressif pour les parents de Carine et pour elle-même. Elle ne remplit pas ce rôle attendu par sa mère ce qui est également source de représentations plus négatives. L'on repère les angoisses de perte de l'amour de l'objet et de perte d'objet sous-jacentes chez Carine. Malgré tout, sa fille fait également l'objet de représentations positives, de même que son développement. La centration sur le bébé a également permis une évolution de la dynamique conjugale, autrefois bâtie sur la drogue. Néanmoins, bien que cela ait entraîné des changements, Carine se questionne sur la pérennité de son couple en tant qu'amants. Elle semble également plus centrée sur sa fille que sur son couple. Les angoisses de séparation manifestées bruyamment par Amandine renforcent l'hypothèse d'une problématique de dépendance et de séparation de Carine projetée et déplacée sur sa fille. Celle-ci ne semble cependant pas venir remplacer l'objet-drogue bien qu'elle représente un frein majeur à une reprise des consommations. L'ambivalence reste massive, l'objet-drogue occupant une fonction antidépressive manifeste pour Carine. Le fait qu'Amandine n'occupe pas la fonction contra-dépressive attendue par sa mère favorise probablement le fait qu'elle ne vienne pas occuper la place de l'objet-drogue dans le psychisme

de Carine, en étant pensée comme un être d'altérité malgré des représentations plus négatives à son encontre.

1.5. SONIA

1.5.1. Analyse clinique des entretiens de recherche de Sonia

1.5.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 de Sonia

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Sonia est une jeune femme de presque **33 ans** qui attend son **premier enfant, une petite fille**.

Sonia consommait de l'héroïne, du cannabis, de l'alcool avant sa grossesse ainsi que de la cocaïne occasionnellement. Elle a demandé une mise sous **traitement de substitution aux opiacés** peu de temps avant la grossesse. Elle **a arrêté toutes les consommations de drogues à la connaissance de son état, excepté le tabac et le cannabis**.

Nous la rencontrons à son domicile par le biais d'une association pour usagers de drogues. Elle est très souriante et très intéressée par notre recherche. Elle pose ainsi beaucoup de questions et semble ravie de pouvoir participer à une recherche visant à promouvoir et améliorer la compréhension et la prise en charge des grossesses chez les femmes toxicomanes. Nous la rencontrons à 7 mois de grossesse. Son conjoint sera présent au domicile une partie de l'entretien mais dans une autre pièce. Elle nous reçoit dans sa cuisine.

HISTOIRE DE VIE

Les carences maternelles et l'inversion des rôles

Malgré « *une belle enfance* » qui s'est « *relativement bien passée* », Sonia explique, dans quelque chose de très infantile, qu'elle a très rapidement « *vécu dans un monde d'adulte* » et a été confronté à « *des choses pas belles, des choses d'adultes* » de la part de sa mère principalement. Sonia a ainsi occupé une place de confidente, de « *copine* » et un rôle parentifié : « *Moi les problèmes d'argent, des problèmes de couple hein, même sexuels, ma mère moi elle m'en parlait quand j'étais gamine. (...). Même des fois elle pleurait dans mes bras, 'fin pas dans mes bras mais heu voilà c'était à sa fille de 10 ans de réconforter sa maman (rire nerveux). Ouais c'était pas top* », « *Des fois j'avais l'impression que les rôles étaient inversés. Donc j'ai toujours eu l'impression de beaucoup porter, vous voyez, pour ma mère.* ». Nous notons à ce moment un besoin d'étayage, de soutien de notre part face à ce vécu de parentification et donc d'abandon par sa mère qui n'a pas occupé une place soutenante, et étayante auprès de sa fille. Sonia explique que sa mère est quelqu'un de « *dépressive* », « *qui pleurait beaucoup* », « *qui avait peur des gens* ». Sonia a également été, très jeune, témoin de la sexualité de sa mère et du

fait qu'elle trompait son père. Cela nous renvoie à une mère ayant alors probablement laissé sa fille en proie à l'excitation pulsionnelle sans possibilité de la contenir.

Sonia est en capacité de verbaliser des affects de colère à l'encontre de sa mère par rapport à son comportement inadapté, ne préservant absolument pas sa fille, mais toujours dans quelque chose d'infantile et de régressif. Les représentations sont massives et désorganisent le discours. Il semble également que Sonia attende que sa mère se « *rende compte* » de ce qu'elle faisait, et de ce qu'elle faisait subir à sa fille.

La grossesse : un temps de réaménagement psychique des relations mère-fille

La grossesse est venue modifier les relations mère-fille puisque Sonia est maintenant en capacité de poser des limites à sa mère : « *Moi je m'occupe de ma famille maintenant, je m'occupe plus de toi. Je suis là si ça va pas mais je ne m'occupe plus de toi* ». Elle est également en mesure de dire que sa mère la « *bouffait* » : « *c'était... ce qu'on appelle un parent toxique presque, hein (rire nerveux)* ». Quelle place a pu alors avoir la drogue face à cette relation toxique ? L'objet-droge a ainsi probablement eu pour fonction (illusoire) de se séparer de l'emprise de sa mère. Le fait qu'elle la « *bouffait* » nous renvoie à une relation orale cannibalique où Sonia risquait d'être dévorée par sa mère, d'être engloutie et détruite (fantasme du retour dans le ventre maternel). Cela signe une défaillance dans la différenciation moi - non moi. L'on a donc la représentation d'une imago maternelle envahissante et persécutrice. Les angoisses de dévoration par la mère correspondent également aux projections de Sonia dans le processus d'incorporation et de dévoration/destruction de la mère. Celle-ci n'a sans doute pas pu contenir ni « tenir » face aux pulsions agressives de sa fille entraînant des craintes de représailles et de perte d'objet. La position dépressive ne semblait donc pas élaborée et dépassée. Nous faisons le lien avec la lutte de Sonia face à la passivité. La difficulté à supporter les mouvements fœtaux et les sensations internes, que nous allons discuter par la suite, découleraient d'angoisses de persécution qui pourraient justement renvoyer aux angoisses de dévoration ainsi qu'à la rivalité œdipienne exacerbée. L'objet drogue a donc également pu avoir pour fonction une tentative de maîtriser l'objet persécuteur à la fois manquant et de contenir les mouvements pulsionnels.

Nous apprenons également que Sonia est suivie par une psychologue depuis quelques années avec qui elle a beaucoup travaillé sur la relation à sa mère. Il est probable que ce travail thérapeutique ait favorisé la réorganisation des relations objectales, la séparation à la mère, permettant du même coup un accès à un statut plus mature, au « devenir femme » et

probablement à la grossesse et au devenir mère. Le fait que Sonia puisse aujourd'hui poser des limites à sa mère sans craintes de perdre l'objet corroborerait cette hypothèse. L'arrivée de cette grossesse et le vécu plutôt positif et élaboré de celle-ci a également pu être favorisé par l'élaboration préalable de certains conflits psychiques relatifs aux relations mère-fille et aux relations précoces au cours de cette thérapie.

Néanmoins, les consommations n'avaient pas pour autant évolué avant le décès de son père quelques semaines avant la grossesse et dont nous reparlerons. Dans un contexte d'exacerbation des fantasmes œdipiens incestueux du fait notamment d'une mère « sexuellement occupée ailleurs », les consommations ont pu représenter une tentative de mise à distance de ces fantasmes trop excitants et trop présents dans la réalité. La possibilité de réduire massivement les consommations et de mener à bien cette grossesse, après deux autres grossesses non menées à terme dont nous discuterons par la suite, pourrait alors directement découler de la mort du père qui vient mettre fin ou limiter les fantasmes œdipiens trop excitants et menaçants. Par ailleurs, le fait que Sonia se soit « occupée » de sa mère jusqu'à cette même grossesse pourrait en partie relever de la culpabilité œdipienne majorée par la massivité des fantasmes incestueux.

Les conflits qui se jouent avec l'extérieur, au cours de cette grossesse, et leur progressive élaboration ainsi que la centration de Sonia sur sa propre famille, favorisés par la grossesse, traduisent la poursuite du travail de réaménagement des relations à la mère et du conflit narcissico-objectal. Cela permet potentiellement l'accès à une nouvelle organisation psychique pour Sonia. Sonia ajoute cependant : « *Ma mère elle m'a forgé ma personnalité* ». Cela est tout autant positif que négatif.

Les représentations négatives impliquent un désir de différenciation de Sonia en tant que mère par rapport à sa propre mère. La relation à sa mère est d'ailleurs également réactualisée pendant la grossesse par le biais des représentations concernant le caractère de sa fille. Néanmoins, Sonia est également capable de mettre en avant des traits de caractère positifs chez sa mère, qu'elle souhaiterait également avoir en tant que mère. Cela marque un désir d'identification. Cela favorisant l'accès au statut psychique de mère pour cette dernière.

Non-reconnaissance du tiers paternel

Les relations étaient complètement différentes avec son père à l'adolescence puisque cela a été « *très conflictuel* » avec son père : « *je le détestais* ». Malgré tout, c'est lui, semble-t-il, qui tentait d'occuper une place d'autorité et de poseur de limites : « *Mon père essayait tant*

bien que mal à me canaliser mais alors le pauvre, bon courage (rire), voilà. Tellement j'étais rebelle, c'était, c'était dur... voilà il essayait... il allait me chercher le soir dehors, il me courait après... bah j'avais 14 ans, j'étais encore très jeune... Il me courait après, il venait me chercher devant mes potes, voilà. Il essayait de me donner un semblant d'éducation, essayait de me contenir... mais le pauvre (rire) c'était peine perdue, voilà. ». Malgré des comportements qui semblent adaptés avec le désir de venir poser des limites, le père de Sonia n'occupe pas de fonction étayante pour sa fille adolescente. Sa parole n'a pas de poids. Il est également absent de son discours lorsqu'elle évoque son enfance. La parole et la place du père-tiers n'ont pas été introduites par la mère, notamment aux vues de la relation narcissique qu'elle entretenait avec sa fille. Par ailleurs, l'exacerbation des fantasmes œdipiens à l'adolescence, renforcée par une mère « sexuellement occupée ailleurs », a très probablement participé au besoin de mise à distance de la figure paternelle. Les consommations de drogue à cette époque ont d'ailleurs pu jouer ce rôle comme nous l'avons déjà évoqué.

HISTOIRE DES CONSOMMATIONS

De la recherche de la « défonce » à la « médiation » relationnelle

C'est à l'adolescence que Sonia a commencé à consommer des drogues. Elle a commencé à fumer la cigarette à 12-13 ans. Elle ajoute d'ailleurs que ses parents étaient tous les deux fumeurs et que donc elle « *baignait dedans* », comme s'il ne pouvait y avoir d'autres choix que de fumer.

Elle évoque ensuite une adolescence « *tumultueuse* », se qualifiant de « *rebelle* ». C'est à cette époque qu'elle a commencé à boire de l'alcool. Elle a ensuite rencontré un premier conjoint avec qui elle est restée trois ans. Elle a commencé à fumer du cannabis avec ce jeune homme en joints puis en bangs. Elle attribue également ces consommations au passage au lycée, chez les « *grands* », où l'on « *s'affirme* ». Il est également question de l'« esprit de groupe » qui semble important pour Sonia à cette époque. Sonia ne semble pas avoir d'autocritique par rapports à ses comportements à risque et ses consommations à l'adolescence.

Elle explique : « *Voilà très vite, moi très vite quand j'ai consommé, voilà j'ai aimé ça, donc je voulais plus en ressortir.* » Elle ajoute également avoir découvert « *un monde de...de couleur alors que j'étais très noire, (...) c'est vrai que ça m'a beaucoup ouvert.* ». C'est à cette période qu'elle s'est mise en couple avec son conjoint actuel également consommateur à l'époque. Elle comprend sa toxicomanie comme le résultat d'un « *enchaînement* » lié au milieu festif très présent dans leur vie. La référence au « *noir* » pourrait renvoyer à la dépression de sa mère et à son propre vécu dépressif. La drogue, qui représenterait également une tentative de

séparation, est venue apporter la « couleur ». Après 25 ans, avec l'obligation de travailler, son conjoint est rentré dans une « logique de traitement » mais l'alternance entre fête, défonce et travail s'est poursuivie encore un temps, jusqu'au décès du père de Sonia.

Sonia évoque sa difficulté, encore aujourd'hui, à « lâcher le fait de ne pas avoir envie de se défoncer ». C'est ainsi la défonce qu'elle recherche lorsqu'elle consomme, déjà présente à l'adolescence. Elle ajoute que c'est aussi « le plaisir, le plaisir, voilà, le plaisir tout simplement ». Elle ne peut s'imaginer avec « zéro consommation » et souhaite des consommations « ponctuelles » (tous les deux mois) quand « ma petite sera en vacances chez mamie. On est tranquille une semaine, on va pouvoir se lâcher un peu ». Sa fille représente donc une certaine contrainte par rapport aux consommations et par rapport à sa propre liberté. La drogue représente ainsi également un moyen de décompresser, de se détendre.

Sonia ajoute qu'il s'agirait probablement plus de consommations occasionnelles (et massives) d'alcool que d'héroïne. Elle oppose ainsi ces deux toxiques par rapport aux effets recherchés : « Avec l'alcool ça m'aidait à être plus, encore plus communicative, vous voyez, aller encore plus vers les autres, être encore moins timide, complètement désinhibée, (...) et euh avec l'héroïne vu mon comportement speed, j'arrivais à me calmer, à écouter les gens, à ce que j'écoute tout le temps, (...) Donc ouais ça m'a aidée à me poser, avoir des conversations posées, voilà, et euh...tout simplement, tout simplement. » Les deux produits avaient donc un rôle de béquilles pour Sonia dans la relation aux autres particulièrement. Dans son cas, il y avait à la fois dépendance psychologique et dépendance physique puisqu'elle évoque des syndromes de manque. Elle évoque également des bénéfices à l'arrêt de l'héroïne qu'elle n'a perçu que très récemment en ce qui concerne l'alcool qui lui permet d'éviter la solitude en favorisant la chute des inhibitions et des barrières. L'on repère ainsi de nouveau une composante dépressive chez Sonia. Elle a également travaillé au cours de sa psychothérapie sur le fait que les produits ne l'« aidaient pas » et que ce qu'ils lui apportaient, « je l'avais en moi ». Néanmoins, l'on repère une envie toujours très présente de consommer pour se « défoncer » et ainsi une grande ambivalence par rapport à aux produits. Elle distingue également des consommations occasionnelles d'une véritable dépendance. Cette dernière est l'objet de représentations massivement négatives : « la vie avec la dépendance c'est pas possible, parce que ça bouffe trop de temps. Ça bouffe du temps, c'est chronophage, ça bouffe de l'argent, ça change le comportement. ». Nous ne pouvons nous empêcher de faire le lien entre la dépendance au produit qui « bouffe » et (la relation de dépendance à) sa mère, qui la « bouffait » également.

Le traitement de substitution semble avoir eu un rôle (placebo ?) dans l'arrêt de l'alcool puisque qu'elle pense que cela lui « a enlevé les envies d'alcool ». Le traitement à la

méthadone® a été mis en place il y a un an après dix ans sous traitement Subutex® qu'elle mésusait puisqu'elle complétait ses consommations d'héroïne par le Subutex® pour « être bien » au travail. La méthadone® a été mise en place pour limiter les mésusages. Elle est investie très positivement comme soutien dans l'arrêt des consommations, dans les changements dans son comportement et dans le fait que cela l' « aide à avoir une vie normale ». C'est d'ailleurs sur ce désir d'avoir une « vie normale » et une « vie de famille normale » que Sonia va terminer l'entretien.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et annonce de la grossesse

La grossesse de Sonia est une grossesse accidentelle « non programmée ». Elle évoque néanmoins une « envie », un désir d'enfant, également porté par son conjoint introduit spontanément dans le récit, qui n'était cependant « pas compatible » avec le mode de vie qu'ils menaient jusqu'à lors. Cela renvoie essentiellement aux consommations de drogues. Elle ajoute qu'elle ne voulait pas tomber enceinte parce que « c'était clair dans ma tête, je ne fais pas subir.... Comment dire. Mon corps ne m'appartient plus. Pour moi, je le partage avec un enfant. Je n'ai pas à lui faire subir ma vie de dépravée, excusez-moi (rire) mais y'a des fois... ». Les représentations la concernant sont massives et extrêmement négatives. Par ailleurs, la représentation liée à la grossesse (« mon corps ne m'appartient plus ») traduit également l'émergence de processus primaires par sa massivité, avec un envahissement par un autre de son propre corps, mais est tout à fait adapté au vécu de grossesse et avec le fait qu'elle le « partage avec un enfant ». Cette dernière phrase signifiant une objectalisation de l'enfant en elle.

La grossesse s'est déclarée dans un contexte particulier puisque la conception du bébé fait suite au décès du père de Sonia d'un cancer deux semaines auparavant. Ce décès représente « le déclenchement » d'une réduction des consommations que la grossesse a permis d'arrêter complètement, et les « retrouvailles » du couple avec pour conséquence cette grossesse. Nous nous questionnons sur la place de cet enfant porteur de vie face à la mort d'un être cher. L'articulation entre la vie et la mort est centrale, rappelant d'ailleurs une articulation identique dans la toxicomanie. Il pourrait s'agir d'un « bébé du deuil ». Il est alors important de se questionner sur les représentations dont pourrait être porteur ce bébé par rapport au décès du père de Sonia. La perte d'un être cher semble avoir favorisé des remaniements psychiques ayant conduit à un désinvestissement (partiel) des produits pour réinvestir la relation objectale (couple) bien qu'elle reste marquée par l'anaclitique. Ces remaniements psychiques ont également pu ouvrir à l'élaboration de certains conflits narcissico-objectaux qui ont permis

d'investir cette grossesse. Il est en effet possible que la grossesse actuelle et la réduction massive des consommations soient liés, comme nous l'avons déjà mentionné, à la disparition ou à la limitation des fantasmes incestueux du fait justement de la mort du père. La grossesse ne serait plus marquée avec la même intensité par les fantasmes œdipiens incestueux et de rivalité. Cela corrobore l'hypothèse d'une consommation de drogues comme mise à distance de fantasmes (incestueux à l'égard du père et agressifs/destructeurs à l'égard de la mère) trop menaçants.

Sonia n'avait par ailleurs pas recours à une contraception du fait qu' « *avec l'héroïne, la libido est plus basse* » et calculait donc ses cycles. Il n'est ainsi aucunement question de fantasme d'infertilité. Cela traduit également le désir inconscient d'enfant, d'autant qu'elle ajoute avoir « *moins fait attention [à ses cycles] les derniers mois* ».

Sonia fait également référence à deux IVG à 21 et 23 ans, avec son conjoint actuel. A cette époque, elle n'était « *vraiment pas prête pour accueillir un enfant* », « *une gamine* », « *un petit démon* ». Les représentations sont de plus en plus négatives et massives. Le fait qu'elle parle d' « *accueillir* » un enfant vient de nouveau traduire l'objectalisation, la reconnaissance de l'individualité de sa fille qui est déjà nommée et donc investie, pensée et reconnue comme un être d'altérité.

La connaissance de la grossesse a cependant entraîné une sidération psychique dans un premier temps, partagée par son conjoint. Garder ce bébé a ainsi été une décision mûrement réfléchie puisque, pour Sonia, il s'agissait de « *s'engager* » dans une aventure entraînant des changements radicaux dans sa vie et une prise de responsabilité. Il s'agissait également probablement pour elle de savoir si elle était prête à accepter et mettre en œuvre ces changements. Cela renvoie également à l'ambivalence et traduit l'existence du conflit narcissico-objectal déjà à l'œuvre. Une fois la décision prise par le couple, la grossesse a été « *accueillie* » avec « *beaucoup de bonheur* ».

Mouvements fœtaux et échographies : du vécu d'effraction au support des représentations maternelles

Les modifications corporelles et physiologiques ainsi que les premières sensations et perceptions induites par la grossesse ont été vécues difficilement dans un premier temps pour Sonia. Elle évoque ainsi le besoin de tout « *décortiquer* », de tout « *analyser* » pour pouvoir y mettre du sens. Cela était à la fois lié à une angoisse de perte et une angoisse par rapport au bien-être de sa fille, et à la fois par rapport à elle-même, face à ce qu'elle vivait et ressentait en

lien avec la présence d'un autre en soi. Cela a trait à la « sensation d'inquiétante étrangeté » (Bydlowski, 2000) et traduit l'ambivalence et des vœux de mort à l'égard de l'enfant en soi du fait des fantasmes dont il est porteur, probablement d'effraction ou d'envahissement du fait de la fragilité des limites repérée aux tests projectifs chez Sonia. Cela a ainsi également trait à la passivité ainsi qu'à l'émergence pulsionnelle et représentationnelle induite par l'état de grossesse, potentiellement effractante, et pouvant alors venir menacer le sentiment de continuité d'existence. Les fantasmes réactivés peuvent également avoir trait, chez Sonia, à un Œdipe incestueux. Le besoin de maîtrise et de contrôle est prédominant chez Sonia avec une difficulté à se poser, la nécessité d'être en permanence dans l'action comme lutte contre des représentations ou affects angoissants et potentiellement effractants et contre la passivité. Cette dernière renverrait alors à la passivation (Green, 1990, 1999) remise au premier plan pendant la grossesse.

Cela se repère également à travers le rejet, dans un premier temps, des mouvements fœtaux, perçus négativement : « *Je me suis dit : « c'est quoi ça ? Je veux que ça s'arrête. C'est pas agréable. » »*. Le vécu est massif. Cela renvoie de nouveau à un refus et à un rejet de l'autre en soi, source de ces sensations. Celles-ci peuvent renvoyer à un vécu d'intrusion voire de persécution pouvant mettre en péril son sentiment de continuité d'existence. Ces mouvements sont en effet source de mouvements pulsionnels qui semblent dans un premier temps difficilement élaborables et contenables et ainsi potentiellement effractants et menaçants pour la psyché de Sonia. Il y a une difficulté à élaborer la présence de l'autre en soi, ce qui nous renvoie à un conflit narcissico-objectal particulièrement prégnant chez Sonia en début de grossesse où la différenciation de l'autre en soi semble majorée. Ce vécu négatif est cependant contrebalancé par le fait qu'elle a « *ressenti que c'était elle [sa fille]* ». Finalement, le fait de personnaliser ces vécus et les attribuer et les identifier à sa fille implique que le réaménagement objectal a pu s'opérer et s'élaborer. Cela d'autant qu'aujourd'hui, les mouvements fœtaux sont investis positivement comme support de communication et de jeu, associé à des caresses sur le ventre et au fait qu'elle lui parle. Cela traduit la création d'une relation prénatale avec sa fille, renforçant l'investissement de cette dernière en tant qu'autre mais qui ne semble plus menaçante.

Par ailleurs, les changements physiques sont aujourd'hui investis très positivement par Sonia qui se dit « *fière et heureuse d'être enceinte* ». Cela est renforcé par le statut particulier accordé aux femmes enceintes dans la société « *l'impression que les femmes enceintes sont privilégiées* ». Cela est extrêmement narcissisant pour elle et permet de contre-investir les ressentis plus négatifs. L'investissement des changements physiques induits par la grossesse

semble avoir également favorisé un réinvestissement de sa féminité : « *une femme enceinte peut être belle et séduire, peut se sentir belle et épanouie* ». Elle a ainsi mis en avant sa féminité et ses formes « *pour être rayonnante* ».

Les échographies ont été investies très positivement par Sonia comme temps de « *rencontre entre elle et moi* ». Elle regrette que son conjoint n'ait pas pu être présent à l'échographie du deuxième trimestre qui a pour visée de déceler les éventuelles malformations : « *c'est vrai que là c'est des moments où j'aurais aimé qu'il soit là pour me soutenir* ». Cette échographie a en effet cristallisé les angoisses de Sonia relatives à ses consommations du premier mois de grossesse, où elle n'avait pas encore connaissance de celle-ci. Les craintes concernant la santé de sa fille peuvent renvoyer aux vœux de mort à l'égard de l'enfant en soi porteur de représentations œdipiennes et préœdipiennes. Néanmoins, ces angoisses sont majorées dans la mesure où ces vœux de mort peuvent potentiellement être incarnés dans la réalité par les effets des consommations sur le bébé.

Des représentations de l'enfant à naître marquées par l'objet-drogue

La question des produits est d'ailleurs présente en filigrane dans tous les thèmes qui concernent sa fille. Bien qu'elle ait stoppé toutes ses consommations d'héroïne, alcool et cocaïne, Sonia a poursuivi ses consommations de cannabis quotidiennes bien que minorées. La grossesse aurait donc entraîné un renflouage narcissique suffisant pour grandement réduire le désir et le besoin de consommer, associé à un réaménagement narcissico-objectal probablement favorisé ou induit par la perte de son père. L'on repère une centration sur le bien-être de son enfant qui a été très tôt investie et différenciée. Elle a également pris ses distances avec ses anciens amis toxicomanes. Elle explique néanmoins avoir « *peur des conséquences sur le caractère de sa fille* » de ses consommations de cannabis et de son traitement de substitution.

Sonia explique « *bloquer* », autrement dit ne pas arriver à se projeter au-delà de la naissance du fait de ses craintes d'un syndrome de sevrage, ce qui « *occupe beaucoup de place dans son esprit* ». Le risque d'un syndrome de sevrage est associé aux représentations d'un enfant fragile. La culpabilité est également très présente bien que Sonia tente, sans réels résultats, de la mettre à distance, de même que les conflits intrapsychiques, en rationalisant, en se valorisant et en s'appuyant sur la qualité de la prise en charge. Par ailleurs, le fait que les angoisses relatives au syndrome de sevrage aient pris « *beaucoup de place* » pourrait laisser penser que la question de la drogue est venue occuper et envahir l'espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec le bébé. Le fait qu'elle ne puisse se projeter après la naissance nous renvoie aux grossesses à risques. Les femmes enceintes concernées fonctionnent

« au jour le jour » ou « étape par étape », comme cela semble être le cas pour Sonia. Ce mode de fonctionnement par anticipation limitée permettrait de se prémunir de la déception mais également de se protéger du traumatisme d'un accouchement prématuré, de la perte d'un enfant ou bien de problèmes de santé de celui-ci à la naissance. L'évocation d'un risque de souffrance fœtale ou du bébé à la naissance peut en effet venir perturber les capacités de la mère à penser son enfant et leur relation (Benali, 2008). Les capacités de résilience sont d'autant plus mises à mal pour Sonia que la grossesse vient également réactiver des processus en souffrance et en cours d'élaboration mais avec un potentiel menaçant pour son sentiment de continuité d'existence (particulièrement en début de grossesse et au début des mouvements fœtaux). Les défenses plutôt de type rigide et de banalisation mises en place par Sonia visent à contenir l'hémorragie pulsionnelle tout en ayant des vertus contra dépressive puisque la menace de perte de l'objet est omniprésente, de même que la menace de perte de soi (Benali, 2008). La possibilité pour Sonia de verbaliser ses angoisses traduit la présence des mécanismes défensifs opérants et une certaine capacité d'élaboration, de gestion des mouvements pulsionnels et des angoisses. Le fait que Sonia ne puisse se projeter au-delà de la naissance n'empêche pas qu'elle anticipe cette dernière. Cela permettrait de réduire l'effet d'effraction par la suite (Missonnier, 2003, 2005). Sonia est également en capacité d'évoquer des désirs et de se projeter aux six mois de sa fille, ce qui implique que le processus de représentation n'est pas complètement stoppé.

Sonia a également peur que ses consommations de cannabis pendant la grossesse fassent de sa fille quelqu'un de « renfermé ». Cela renvoie finalement à une identification à sa propre mère : « *comme ma maman, renfermée, un peu dépressive* ». Il en découle la représentation d'une future relation difficile avec sa fille, en tout cas marquée par l'incompréhension entre elle et sa mère. La différenciation entre elle et sa mère est prégnante. Sonia tente de se rassurer en intellectualisant, en rationalisant et en ayant recours à des normes extérieures. Le besoin de réassurance est massif et notre intervention permet de l'apaiser. Egalement en lien avec sa propre histoire et sa place auprès de sa mère, Sonia évoque sa crainte que sa fille occupe une place de « réparateur » pour elle : « *moi j'ai peur en fait que..., je ne veux pas que mon enfant soit un enfant pansement, voyez, voilà qu'elle répare sa maman. Ça c'est un poids qui est très lourd à porter et je ne sais pas si on peut dire pour moi, quoi voyez, c'est vraiment la chose qui est un peu revenue, parce que je me rends compte que ma grossesse, ma fille m'aident à changer de vie, elle me tient et je sais que ça me tiendra même si ça m'arrive de déconner, je sais qu'elle me tiendra parce que ça fait partie de ma personnalité. Je ne peux pas faillir, pour elle, pour moi c'est impossible dans ma tête, je ne peux pas faillir, donc heu voilà... par contre, je voudrais pas lui faire porter un poids trop lourd.* ». Il faut préciser que l'enfant imaginaire

représente pour toutes les femmes celui qui va venir tout combler et tout réparer (Bydlowski, 1997, 2000). Malgré tout, en avoir conscience peut-il empêcher pour autant que sa fille occupe la place de « *pansement* » ? Sa fille et son statut de mère représentent une motivation certaine dans la non reprise de consommations régulières de drogues après la naissance.

Sonia évoque également des représentations concernant le physique de sa fille (couleurs des cheveux, des yeux, taille) en la comparant, l'identifiant ou la différenciant d'elle et de son conjoint. Elle fait également part de sa crainte « *qu'elle ne soit pas en bonne santé* ». Cela est de nouveau lié aux produits puisqu'elle ajoute immédiatement : « *voilà, qu'elle touche aux produits. Je ne sais pas si c'est génétique... mais qu'elle ait une prédisposition génétique vu que ses deux parents, voilà quoi, vu que ses deux parents ont pas mal consommé.* ». L'on note le fantasme d'une transmission génétique de la toxicomanie. Par ailleurs, attribuer une cause génétique à la dépendance et à l'addiction permet de mettre hors de cause l'environnement et l'histoire personnelle, à la fois pour elle mais aussi concernant sa fille. Si cette dernière venait à être toxicomane, elle ne serait donc pas « responsable ». Il y a une forme de destin auquel sa fille ne pourra pas échapper. Ces fantasmes mortifères massifs entraînent un besoin d'étayage et de réassurance. Cela entraîne également une désorganisation transitoire du discours à propos des soins dont aura besoin sa fille dans les premiers mois de vie. La drogue existe ainsi déjà dans la vie de sa fille alors qu'elle n'est même pas encore née.

REPRESENTATIONS ET CHEMINEMENT DANS LE DEVENIR MERE

Sonia s'imagine comme une « *maman cool mais qui sait donner l'autorité nécessaire* », « *être douce et ferme à la fois* », « *partager avec [son] enfant* », la communication étant « *essentielle* » pour elle. Il s'agit d'être « *à l'écoute* » sans être « *trop laxiste* ». Il nous semble que les craintes en tant que future mère sont cristallisées sur sa capacité à se canaliser et à être plus « *tempérée* ».

Sonia évoque également que s'opèrent des « *changements dans notre tête* » qui s'articulent avec un réaménagement des relations et des places générationnelles. Sonia explique ainsi « *je veux qu'elle arrive, si vous préférez tout ce qui est pas en ordre dans ma tête, tous les petits conflits et voyez, les non-dits, les choses comme ça, heu voilà, moi je veux tout mettre à plat, je veux tout mettre à plat pour qu'elle arrive dans les meilleures conditions tout simplement, voilà. Bon on en a tous, hein. Voyez, pour moi ça concerne pas que les femmes toxicomanes à ce niveau-là, c'est... (rire)* ». L'on repère une agressivité latente à notre égard associée à des procédés antidépressifs. Il n'empêche que la réflexion de Sonia est tout à fait juste et que l'on observe effectivement des réélaborations équivalentes chez les femmes

enceintes non toxicomanes rencontrées dans le cadre de notre pratique en maternité. Cela éclaire parfaitement la réactualisation et la tentative d'élaboration des conflits (objectaux et narcissiques) favorisées par la grossesse, qui semblent néanmoins projetés sur l'extérieur avec une tentative de résolution dans la réalité. Cela n'empêche cependant pas que ce mécanisme se joue également en intrapsychique. Sonia évoque un cheminement interne vers la maturité, le passage d' « *enfant* » à « *adulte responsable* », « *femme* » et « *parent* ». Le processus de parentalité semble avoir largement contribué à ce cheminement. Ce cheminement est également attribué à son conjoint.

COUPLE ET PERE DU BEBE

Au-delà des craintes spécifiques à la grossesse et à la santé du bébé, la grossesse a été marquée par des moments douloureux liés à son couple. L'insistance sur la relation positive et étayante de son conjoint lui permet par la suite de pouvoir aborder ce qui a fait problème. Le conflit se concentre sur la poursuite des consommations de drogue par ce dernier alors qu'elle-même « *privilégie* » son enfant « *autant financièrement que judiciairement* ». Par ailleurs, Sonia explique également que, malgré l'arrêt des consommations pour le bien-être du bébé, « *les envies sont là, les craving sont là. C'est pas bon pour moi. Emilie ressent ce que je ressens* ». Elle met ainsi en avant à la fois son propre bien-être, le conflit auquel elle est aux prises entre envies de consommer, difficulté à gérer le manque physique et arrêt total des consommations pour le bien de sa fille. Son conjoint n'est alors pas aidant en consommant lui-même encore. Le comportement de ce dernier a été source de conflits parfois violents.

Néanmoins, le temps de la grossesse semble permettre à la fois un cheminement dans la parentalité chez Sonia et probablement chez son conjoint, mais également un cheminement du couple. Elle explique en effet que celle-ci leur a permis de « *beaucoup se retrouver* » et de construire autre chose, en se décentrant de la drogue qui était semble-t-il centrale dans les rapports du couple auparavant. La grossesse est alors venue réinterroger les relations et les bases du couple qui étaient, jusqu'à lors, organisées autour de la drogue. Sonia reste cependant en difficulté pour « *critiquer* » son conjoint qu'elle tente toujours de valoriser. Les conflits du couple et les conflits intrapsychiques propres à Sonia sont toujours en voie d'élaboration et reste source de souffrance.

Sonia évoque également le sentiment, au cours des premiers mois, qu' « *il n'était pas assez présent* » et investi dans la grossesse, ce qu'elle lui a reproché. Sonia explique qu'elle attendait de lui qu'il ressente et vive la même relation intense qu'elle avec sa fille et qu'elle a compris que ce n'était pas possible. L'on se questionne sur le désir de partager son vécu avec

le père introduit alors comme tiers ou s'il peut s'agir d'une crainte de vivre et ressentir tous ces changements seule puisque cela a été compliqué pour Sonia en début de grossesse. Cela nous renvoie également à une certaine indifférenciation qui a peut-être pu s'élaborer au fur et à mesure de la grossesse. Aujourd'hui, elle estime que « *des liens se forment* » : « *il me touche le ventre, il a mis une oreille dessus hier, il a commencé à parler à Emilie (...) il investit plus ma grossesse* ». Les échographies ainsi que les mouvements fœtaux ont permis au futur père, comme pour la future mère, de prendre conscience de l'existence de leur enfant. Le processus du devenir père est également un cheminement qui inclut l'investissement et l'interprétation du percept et de la sensorialité. Concernant son conjoint en tant que père, elle l'imagine « *tout le temps dans le jeu* » et « *très proche de sa fille* ».

1.5.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Sonia

CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE

Nous rencontrons Sonia pour la seconde fois également à son domicile. **Sa fille**, que nous appellerons **Emilie** a quatre mois. Elle sera avec son papa tout le long de l'entretien mais Sonia prendra beaucoup de plaisir et de fierté à nous présenter leur enfant. Sonia quant à elle semble beaucoup plus apaisée que lors de notre premier entretien où elle gesticulait beaucoup, avec beaucoup de difficulté à tenir en place sur sa chaise, « très speed » comme elle-même pouvait se caractériser. Aujourd'hui, elle est plus calme et très souriante. Elle a changé de coiffure et est maquillée légèrement. Elle semble ainsi prendre plus soin d'elle. Elle nous renvoie un sentiment de bien-être et d'apaisement tout au long de l'entretien, sentiments qu'elle va également verbaliser.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous retrouvons Sonia pour notre dernier entretien seule puisqu'Emilie est à la sieste. Sonia est toujours très souriante et semble ravie de nous revoir mais elle semble moins « bien » qu'à notre dernière rencontre, plus fatiguée, plus angoissée également. Le conflit entre son désir de se centrer sur sa fille et son désir de réinvestir sa vie autrement qu'en tant que mère est massif au cours de ce dernier entretien et semble plus pesant pour Sonia.

L'ACCOUCHEMENT

Sonia revient sur le fait que sa grossesse, dans sa globalité, s'est « *très très bien passée* ». Elle explique néanmoins qu'à partir de huit mois de grossesse, elle a eu un suivi hebdomadaire

puisque, « *selon le docteur* », « *elle ne grossissait pas assez ma petite* ». Cela a entraîné le déclenchement de l'accouchement avant la date du terme. Le faible poids de sa fille est source de culpabilité pour Sonia qui le met en lien avec ses consommations de tabac et son traitement de substitution aux opiacés. Les professionnels de la maternité occupent alors une place soutenante et étayante manifeste. Le déclenchement de l'accouchement est perçu positivement dans la mesure où il minimise le vécu de passivité et d'inconnu face à l'attente de l'accouchement.

Le discours autour de l'accouchement est centré essentiellement sur l'absence de morphine du fait qu'elle est sous traitement de substitution. Sonia nous prend également à partie, dans une probable recherche d'étayage face justement aux « préjugés » des soignants et aux représentations négatives qu'ils ont pu lui renvoyer. Elle ajoute : « *Nous on a pas le droit* ». « *Nous* », les personnes substituées, qui apparaissent ainsi différentes des « autres », ce qui est à la fois péjoratif mais qui renvoie également à l'appartenance à un groupe dans quelque chose de positif. Sonia explique que l'accouchement en lui-même s'est « *bien passé* » avec péridurale et « *sans instruments* ». Emilie est née avec un poids plus important que celui attendu : « *elle était quand même petite hein. C'était un petit bébé mais ça allait, ça va* ».

L'accouchement et les premiers jours qui ont suivi ont été vécus dans un sentiment de « *plénitude* » par Sonia : « *Ce qu'on peut éprouver après l'accouchement c'est une plénitude. Euh c'est vraiment très fort hein. C'est une plénitude qui, qui est incomparable. J'ai j'ai jamais connu ça dans ma vie hein, avec tout ce que j'ai pu prendre quand même comme produit peu importe, des expériences euh. C'est, c'est incomparable. Moi j'étais sur un p'tit nuage pendant deux jours. Voilà, c'est, c'était merveilleux comme expérience, c'est un beau voyage hein* ». Il est possible que ce sentiment de plénitude renvoie, en partie, au fait de ne plus « *partager son corps avec quelqu'un d'autre* » dans la mesure où elle explique qu'elle préfère sa fille « *à l'extérieur* ». Cela a également probablement trait au fait, qu'en fin de grossesse, le fœtus est objet d'attente de satisfaction mais également perçu comme un ennemi de par les sentiments d'inconfort physique et la contrainte imposés à la femme. Cela renvoie également à sa difficulté à intégrer les mouvements pulsionnels en début de grossesse traduisant la difficulté à supporter l'intrusion de l'autre en soi, potentiellement menaçant. Sonia insiste également sur son « *envie de partager avec [son] conjoint* ». Le fait que le papa ait été présent auprès de sa fille a également favorisé ce sentiment de bien-être. Il est d'emblée introduit dans les représentations et les relations mère-enfant.

Emilie n'a pas fait de syndrome de sevrage néonatal, ce qui a beaucoup rassuré et soulagé Sonia. De nouveau, l'on repère ce besoin de Sonia de nous prendre à partie, que l'on vit plutôt comme un besoin d'approuver et de soutenir son vécu mais également dans quelque chose de plus agressif, comme une façon de prouver que, malgré le recours à un traitement de substitution pendant la grossesse, sa fille n'en a subi aucune conséquences, contrairement à ce qui aurait pu être dit et contrairement à ses propres craintes. Il peut ainsi s'agir d'un mouvement projectif.

Sonia évoque également « *beaucoup de cocooning* » de sa part et de celle de son conjoint : « *on a essayé d'être calmes, d'être là pour elle, de ... voilà des câlins, peau à peau* ».

Le prolongement du séjour à la maternité : remise en jeu de la passivité

Malgré tout, Emilie avait du mal à prendre du poids après sa naissance ce qui a nécessité une hospitalisation plus longue. Sonia était seule sans son conjoint qui avait choisi de prendre son congé paternité un peu plus tard. Cela a été « *dur* » pour elle du fait de « *son enfermement* » et peut-être de sa solitude face à son nouveau-né. L'enfermement pourrait avoir été d'autant plus « *dur* » à supporter pour Sonia qu'elle est « *hyperactive* » par ailleurs. L'on peut également faire le lien entre cette difficulté à vivre l'hospitalisation avec la place accordée aux soignantes et au monde médical auprès de sa fille. En effet, ce sont en grande partie eux qui s'occupent du bien-être du bébé. Plus qu'un sentiment d'impuissance, il est probable que cela ait renvoyé Sonia à un vécu de dépendance primaire, d'intrusion et à la passivité. La surveillance médicale peut en effet être vécue comme une aliénation aux objets externes. Il importait également à Sonia de pouvoir se retrouver « *à trois* » au domicile, ce qui n'a pas pu non plus se faire immédiatement après la sortie de la maternité puisque que le couple déménageait pour accueillir Emilie. Le temps que la maison soit complètement prête à les accueillir, ils sont restés quelques jours chez les beaux-parents de Sonia. L'ambivalence est massive à travers des rationalisations et représentations contrastées où l'on retrouve un vécu d' « *intrusion dans ma... dans notre vie* » par sa belle-mère qui a cherché à savoir ce qu'il s'était passé. Néanmoins, être hébergée chez ses beaux-parents lui a permis de se reposer puisque « *ils ont été là pour m'aider* », « *ça c'est le côté positif* ». Sonia explique cependant qu'elle en avait « *marre* », qu'elle avait « *vraiment envie qu'on soit tous les trois à la maison* » et que l'arrivée à la maison après dix-sept jours a été un véritable « *soulagement* ».

LE BEBE

L'allaitement et la réactualisation des fantasmes archaïques

Sonia aborde d'elle-même la question de l'alimentation et plus particulièrement celle de l'allaitement eu sein en nous disant : « *Elle [Emilie] a pas pris le sein, elle en voulait pas* ». Elle explique de façon très concrète qu'elle a « *tenu à lui donner son lait* » notamment pour faciliter le sevrage à la méthadone® et qu'elle a donc tiré son lait quelques jours. Sonia attribue à Emilie la raison de ce non allaitement maternel mais cela ne peut être qu'une projection de sa propre problématique. L'allaitement vient ainsi probablement réactiver des angoisses archaïques orales, des angoisses d'envahissement face à la relation fusionnelle et/ou des angoisses face à des fantasmes œdipiens incestueux. Elle parle également d'« *obligation* » sans plaisir dans un premier temps. Cela a pu participer au refus d'Emilie qui a ressenti ce vécu de sa mère dans l'allaitement au sein. Le « refus » d'Emilie, en tant que projection de la problématique de Sonia, peut justement renvoyer à cette question de la fusion mère-bébé, peut-être trop menaçante pour Sonia. Cela s'articule d'ailleurs avec l'importance de ne pas être « *trop* » câline, trop dans la proximité physique et surtout psychique avec sa fille les premiers mois et l'insistance sur une relation qui n'est pas « *fusionnelle* ». Par ailleurs, cela s'articule également avec les propos de Sonia sur le fait qu'elle préférerait avoir sa fille à l'extérieur. Elle insiste ainsi sur la séparation.

Sonia évoque « *le seul échec de cette expérience* » qu'elle rationalise et minimise en se centrant sur le reste. L'on peut penser que Sonia met ainsi à distance un sentiment de rejet et de dévalorisation suite au refus de sa fille de téter son sein. En revanche, elle accepte son lait, ce qui peut néanmoins la conforter dans son rôle de « bonne mère » et la valoriser à travers l'acceptation de sa fille.

Au un an d'Emilie, toujours avec beaucoup de détails, Sonia nous rend compte du bon appétit de sa fille et de l'absence de troubles autour de l'alimentation. Emilie explore autour de l'alimentation avec les doigts et « *commence à prendre la cuillère également* ». Le conflit psychique est clairement à l'œuvre chez Sonia avec des allers-retours entre représentations contrastées concernant la propreté. Cette ambivalence concerne également le temps pour le repas et la patience nécessaire. L'on peut se demander si ce conflit psychique n'a pas également à voir avec le début d'une autonomisation d'Emilie. Sonia va en effet nous dire qu'elle est « *plutôt contente* » de voir sa fille s'autonomiser et se développer mais qu'elle « *aimerait garder le biberon du matin par contre* » : « *Je pense que c'est celui-là qui me pèsera. Parce que j'aime. C'est le réveil vers 7h et quart, 7h et demi, elle se blottit contre moi et elle est calme à boire son lait. Et moi ce petit biberon, ce petit moment câlin du matin...* ». Par ailleurs, sous couvert

de rationalisation et de justification autour de repas plus complets, l'on peut penser que c'est également cette relation particulière, fusionnelle, favorisée par l'allaitement qui manque à Sonia. Sonia expérimente ainsi la perte progressive de cette relation privilégiée qui marque l'autonomisation de sa fille.

Représentations d'un bébé idéalisé

Sonia décrit sa fille en termes exclusivement positifs et le sentiment d'émerveillement domine. Elle la décrit comme « *un bonheur* » qui en fait « *d'heureux parents* ». Par ailleurs, c'est une enfant « *calme* », « *sage* », « *rigolote* » puis, à ses un an, « *sacrément coquine* », « *agréable* » et « *très câline* », ce qui importait beaucoup à Sonia. Elle évoque également un bébé « *assez éveillé* » à quatre mois. C'était d'ailleurs une de ses craintes comme conséquence de son recours au traitement de substitution pendant sa grossesse. Sa fille est investie d'autant plus positivement qu'elle ne ressemble pas à la mère de Sonia, ce dont elle avait particulièrement peur. Elle décrit les sourires et les rires aux éclats de sa fille, la période actuelle d'oralité où « *elle mange tout, elle porte tout à la bouche* ». Sonia explique également que sa fille « *peut jouer tranquille toute seule* » même si « *on va pas dire qu'elle est plus autonome mais avant pour jouer elle nous appelait tout le temps* ». L'on note ainsi une ambivalence face à la dépendance de sa fille autant que face à son début d'autonomisation.

Sonia a également identifié des différences dans le comportement d'Emilie selon qu'elle est à la maison, entourée de proches ou à l'extérieur qui viennent traduire la confiance d'Emilie vis-à-vis de son entourage familial et de ses parents. Elle se sent suffisamment en confiance pour explorer son environnement et exposer son caractère. Le monde extérieur, inconnu, est moins sécurisant pour elle. Elle l'aborde avec moins de confiance et plus d'observation, en restant toujours près de ses figures d'attachement.

Emilie est également décrite comme « *un bébé expressif* », qui a « *son petit caractère* ». Sonia interprète également les premières manifestations du caractère de sa fille en termes d'opposition et de « *test des limites* ». Cela participe à une représentation plus ambivalente à l'égard d'Emilie qui est rapidement éludé par la rationalisation.

Sonia insiste également sur la facilité avec laquelle leur fille s'est inscrite, s'est insérée dans leur quotidien, ce qui a surpris le couple et qui est complètement opposé à leur ressenti intérieur qui est complètement bouleversé : « *ça change tout et ça change rien en même temps* ».

L'on peut parler d'idéalisation concernant sa fille. Cette idéalisation trouve un écho dans des vœux et fantasmes de mort inconscients qui ne paraissent qu'en négatif de ce mécanisme.

Emilie a fait ses nuits à huit semaines. Sonia évoque des troubles de l'endormissement autour des huit-neuf mois de sa fille que nous attribuons à l'angoisse de l'étranger. En effet, après l'essai de différentes « techniques » (la laisser pleurer, retourner la chercher et la laisser un peu avec elle et son conjoint, ...), « *Et puis finalement, y'a un moment on s'est dit : « y'a un truc qui va pas ».* ». Sonia et son conjoint, qu'elle inclut toujours dans son discours en tant à la fois que tiers et surtout en tant que soutien, en tant qu'étayage pour elle (et ses propos), ont alors essayé de laisser la porte de la chambre d'Emilie ouverte : « *Et là vraiment plus aucun problème* ». Garder la porte ouverte permettait probablement à Emilie d'entendre ses parents dans la maison, comme réassurance face aux angoisses de séparation. Le fait d'aller la chercher, de la prendre avec eux avant de la recoucher a très probablement également favorisé le dépassement de ces angoisses. Le discours de Sonia concernant cet épisode est confus et flou avec des explications comprenant le passé et le présent mélangés et une certaine fébrilité. Cela participe d'une désorganisation temporelle. Nous nous questionnons sur le sens de cette émergence de processus primaires qui pourrait traduire une certaine angoisse.

Développement du bébé

Sonia décrit avec beaucoup de plaisir les changements et les évolutions qui rendent compte du développement d'Emilie. Elle est particulièrement pertinente dans son analyse, notamment lorsqu'elle évoque des allers-retours dans le développement des compétences.

Lorsque nous questionnons Sonia sur son vécu autour du développement moteur de sa fille, c'est l'organisation de l'espace qui prédomine. Cela affecte également son « planning » : « *Je vais essayer de me lever plus tôt pour faire le ménage. Vous voyez. Même avant elle, pour faire, voilà, pour ranger un peu, pour boire mon café tranquille, donc avant qu'elle soit là et puis que ça me prenne toute ma journée ! (rire) C'est vrai que c'est prenant un enfant. C'est, c'est hyper prenant.* ». Sonia met en place des défenses maniaques et introduit également son conjoint comme étayage face à son investissement auprès de sa fille. Au travers de son discours, l'on se demande si cela n'est pas « trop » prenant pour Sonia dans quelque chose d'un conflit narcissico-objectal.

Sonia décrit des jeux (moteurs et vocaux) d'Emilie qui traduisent l'intégration progressive de la permanence de l'objet et la construction d'une représentation internalisée de ce dernier. Emilie se sent également suffisamment en confiance et teste les limites et son emprise sur l'autre.

Sonia accorde une grande importance à ce qu'elle transmet à sa fille au niveau des apprentissages. L'on note souvent l'appui sur les références sociales qui oscille avec un

surinvestissement de la réalité externe dans quelque chose de « plaqué ». L'on a cependant le sentiment que ces propos rendent compte d'un vécu authentique de Sonia, probablement dans un désir de « bien faire » les choses pour sa fille et son développement.

Sonia explique qu'Emilie n'a jamais beaucoup pleuré et qu'ils viennent signifier quelque chose (fatigue, faim, ...) bien qu'elle se soit sentie « *désarmée* » au début. Cela semble cependant avoir plus trait au fait qu'Emilie a été malade. La maladie reste quelque chose d'angoissant pour Sonia, la renvoyant à un sentiment d'impuissance et à la représentation d'un bébé « fragile » suite au traitement de substitution pendant la grossesse. Sonia fait également le lien avec son neveu qui a également fait des bronchites petit et qui est aujourd'hui asthmatique. Par ailleurs, cette angoisse que sa fille soit fragile pourrait renvoyer à des vœux de mort inconscients sous forme de formation réactionnelle. Néanmoins, Sonia n'apparaît pas hyperprotectrice ou hyperanxieuse.

Les pleurs d'Emilie restent cependant objet d'inquiétude pour Sonia lorsque sa fille est « *incalmable* ». La difficulté à calmer sa fille, son impuissance semble ainsi entraîner un sentiment de détresse chez Sonia qui nécessite l'étayage d'un autre, son conjoint notamment.

Vécu de la séparation

Sonia évoque une première séparation qui a été « *dure hein* » même si ce n'était qu'une heure. Elle insiste sur la nécessité que cela se fasse « *doucement* » : « *J'veux pas la brusquer donc à chaque fois on fait les choses bien, tranquillement on attend de voir comment, si elle réagit bien donc au départ une heure, après une demi-journée, une journée entière* ». La période d'adaptation était autant pour sa fille que pour elle-même. Sonia insiste sur l'importance que sa fille soit « *bien* » : « *C'est juste son, son bien-être qui m'importe alors bon c'est vrai que je suis à l'affût de, de la moindre contrariété ou qu'elle soit complètement dérégulée vu qu'elle est super bien réglée. Je par exemple, elle se réveillerait plusieurs fois la nuit des choses comme ça, là je commencerais à m'inquiéter, qu'elle pleurerait pour rien...* ». Sonia est donc à l'écoute de sa fille à travers ses comportements et les changements potentiels. Cela traduit également ses propres angoisses autour de la séparation.

Sonia revient sur la première séparation où elle explique que « *c'était juste la première fois. (...) Faut couper le cordon une deuxième fois* ». Cette référence au fait de « *couper le cordon une seconde fois* » est utilisée par les mères qui sèvrant leur bébé après un allaitement au sein. Cela renvoie à une deuxième séparation qui réveille la première et ainsi le vécu de castration et de perte (Siksou, 2007).

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Conflit narcissico-objectal : entre centration sur l'enfant et angoisse de fusion

Sonia verbalise, aux quatre mois de sa fille, le fait qu'elle pensait que « *ça serait plus dur que ça* », qu'elle aurait « *plus de mal* » dans son nouveau rôle de mère. Cela nous renvoie à la fois aux questionnements qu'elle verbalisait lors du premier entretien sur ses compétences en tant que mère, sa capacité à être une « bonne mère ». Il nous semble également que ce qu'elle pensait « *plus dur que ça* » pourrait renvoyer justement au fait de se sentir bien et de « *tenir* » pour sa fille, de ne pas se laisser aller à ses tendances dépressives. Cela peut également renvoyer au vécu de la maternité de façon générale et aux contraintes et changements qu'elle entraîne. L'on repère ainsi à la fois le sentiment d'être « *privée de liberté* » et la contrainte que représentent sa fille et son nouveau statut de mère, et la défense contre ce sentiment avec la rationalisation et l'intellectualisation ainsi qu'une certaine angoisse de séparation. « *Être privée de liberté* » nous renvoie par ailleurs à une dépendance de l'enfant à soi et, en miroir, une dépendance de Sonia vis-à-vis de sa fille. Cela a pu majorer la difficulté à vivre centrée sur sa fille les premiers mois, n'existant qu'en tant que maman. Elle avait ainsi hâte de reprendre le travail.

Néanmoins, Sonia a finalement choisi de quitter son travail trop prenant en hôtellerie. Ainsi, « *en fait ça...ça dicte ma...ma reconversion professionnelle. Voilà. C'est ma priorité, ma fille, c'est ma priorité. [...] parce que là c'est vraiment le plus important. C'est de commencer à lui apprendre à manger, de lui apprendre à marcher. Je veux pas que ce soit une nounou qui lui apprenne ça, je veux que ce soit moi. Voilà, je crois que c'est des moments précieux qui...* ». Sonia se centre exclusivement sur sa fille et son développement. S'agit-il de ne pas « manquer » quelque chose ? L'on se demande également si cela ne relève pas d'une certaine culpabilité et d'une forme de « punition ». En effet, Sonia ajoute que « *c'est aussi une obligation de s'occuper de son enfant. On fait pas n'importe quoi avec un enfant.* ». S'agit-il alors également d'un désir de « bien faire », de correspondre à la représentation de mère « idéale » ? Cela est pourtant source d'ambivalence dans la mesure où « *rester enfermée* » est « *dur à vivre* » pour elle et a grandement participé à une augmentation des consommations de toxiques, nous en reparlerons par la suite. Le conflit narcissico-objectal domine mais Sonia élude tout conflit en rationalisant : « *Après je sais que c'est qu'une période, que cette période elle est plus pour elle et que bon bah c'est pas que j'oublie mais euh faut pas que...je sais que voilà, c'est, c'est un moment, c'est du temps avec elle. [...] Après euh je me consacre beaucoup. Après faut dire que je me suis beaucoup fait plaisir hein! Je l'ai eu tard donc euh...donc voilà.* ». L'on a de nouveau le sentiment que ce « sacrifice » fait office d'expiation pour Sonia qui s'est

« *beaucoup fait plaisir* », ce qui renvoie en partie à la consommation de drogue. Elle expie ainsi sa « faute » et probablement sa culpabilité à l'égard de sa fille qui a subi les conséquences des consommations pendant la grossesse. Par ailleurs, ce choix de se centrer sur sa fille et d'arrêter le travail malgré la difficulté à la vivre ne traduit-il pas une problématique de séparation massive ? Par ailleurs, et toujours sous le sceau de l'ambivalence, Emilie représente un soutien, une force pour Sonia : « *Elle me donne une force que j'ai..., voilà que peu de chose me donne. [...] On se surpasse. On est obligé d'y aller parce que voilà. C'est une force d'être maman. Ça remplit d'amour quand elle sourit, quand elle rigole. Je veux dire ça fait chaud au cœur. Ça fait du bien* ». Etre mère apparaît valorisant pour Sonia dans la mesure où Emilie est un bébé gratifiant.

Il apparaît également que cette centration sur le développement de sa fille relève d'une réparation fantasmatique de sa propre enfance. En effet, Sonia insiste longuement sur l'importance d'être « *attentive à ses enfants* » pour offrir « *une sécurité affective* » qui lui a manqué. Elle souhaite ainsi se construire en tant que mère à l'inverse de ses propres parents et surtout de sa mère : « *J'ai envie de lui donner, je sais pas, toute la sécurité que j'ai pas pu ressentir pendant mon enfance* ». L'on repère également les doutes et les angoisses qui peuvent perdurer en tant que mère, l'Idéal du Moi maternel à l'œuvre mais également une certaine fragilité narcissique. Elle s'appuie sur l'expérience de ses deux sœurs, une « *attentive à ses enfants* » et l'autre « *qui est beaucoup moins maternelle* » et aux comportements des enfants en questions « *mon autre soeur, elle manque de chaleur humaine et...voilà. Et je pense que de ce fait, il a beaucoup pleuré son enfant et moi je pense vraiment que ça a un lien et voilà.* ». Elle intègre également à son discours le fait qu'aucune de ses sœurs ne consomme de substances psychoactives, comme si elle faisait elle-même le lien entre problèmes de consommations maternel et manque affectif avec son enfant. Elle a ainsi internalisé les représentations péjoratives et stigmatisantes de la société concernant les femmes toxicomanes en tant que « *mauvaises mères* ». Sa centration sur le bien-être de sa fille pourrait alors relever d'une culpabilité inconsciente liée à ses représentations.

Nous avons déjà évoqué le besoin d'une certaine distance physique et psychique les premiers mois entre Sonia et sa fille qui met au premier plan une angoisse d'envahissement et de fusion déjà notée pendant la grossesse lors du second entretien. La relation mère-fille au un an d'Emilie est marquée par un rapprochement, une plus grande proximité : « *au début j'avais un petit peu de mal à communiquer, enfin je ne savais pas trop comment la comprendre. [...] Là je trouve que j'y arrive mieux. On est plus proche, plus complice.* ». Sonia se compare beaucoup à son conjoint, de même qu'elle compare toujours sa relation avec sa fille à celle de

son conjoint et de leur fille qui est idéalisée à contrario de la sienne. S'agit-il d'un sentiment de jalousie à l'égard de son conjoint qui sait mieux y faire qu'elle ? Cela traduit en tout cas une fragilité narcissique et un manque de confiance en elle en tant que maman. Ce sentiment d'avoir du mal à communiquer, à être dans la proximité physique et psychique avec sa fille nous laisse penser que Sonia ne peut se laisser aller à la régression. Cette dernière favoriserait alors le retour d'angoisses archaïques (de fusion, d'envahissement) ayant trait aux relations de Sonia avec sa propre mère.

Sonia évoque se sentir « *plus heureuse* » et « *plus épanouie* » depuis la naissance de sa fille. Elle fait référence à des tendances dépressives antérieures qu'elle n'a plus « *le droit* » d'avoir. Sa fille aurait alors valeur et fonction de ce qui « *tient* » Sonia, elle pourrait avoir valeur d'objet contra-dépressif comme a pu l'occuper la drogue à une période. Elle évoque également l'« *abandon* » de sa « *vie d'avant* ». Le terme et les représentations associées sont massifs, à la hauteur du tournant qui s'est opéré. Il y a une renonciation de sa « *vie d'avant* » mais avec quelque chose de nostalgique qui perdure. Devenir mère est cependant associé à une certaine maturité et une responsabilisation pour Sonia.

Elle a du mal à se décrire en tant que mère bien qu'elle puisse dire que cela « *est venu très rapidement* » et « *naturellement* ». Ses représentations sont centrées sur la sécurité et la protection. De nouveau, l'on note l'ambivalence concernant le fait d'être « *un peu trop* » protectrice comme nous l'avions déjà noté dans le fait d'être « *un peu trop* » affectueuse. Tout apparaît dans la carence ou dans l'excès contre lequel lutte Sonia, nous renvoyant à sa relation avec sa propre mère. Elle expose également sa vision de l'éducation, qui est aussi celle de son conjoint d'après ses propos. Celle-ci s'articule autour de l'importance de « *laisser Emilie s'exprimer* », de « *prendre en compte ses besoins* » tout en maintenant « *une certaine autorité parce que c'est structurant* ». L'on note cependant l'appui sur les normes extérieures toujours dans une oscillation avec un surinvestissement de la réalité externe. Néanmoins, Sonia semble s'approprier ces normes. Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit toujours d'atteindre son idéal de « *bonne mère* » tout en étant dans une réparation de son propre vécu infantile.

Sonia se décrit également comme une base de sécurité pour sa fille. Elle se décrit également comme plus « *dans l'autorité* », contrairement à son conjoint qui est « *beaucoup plus dans le jeu* » : « *C'est un papa poule et moi je suis la maman, voilà, je suis la maman qui, bah qui dirige un peu les choses quoi* ». Les représentations s'avèrent contrastées, marquant un conflit intrapsychique entre désir d'être « *plus relax* » et défenses : « *J'ai ma personnalité et je la garde comme ça.* ». Sonia parle de « *psychorigidité* ». Finalement, Sonia finit toujours par se

comparer au père d'Emilie qui semble toujours « mieux » faire qu'elle. Cela peut à la fois être lié et entraîner un manque de confiance en elle en tant que mère. Elle ajoute cependant que sa vie de maman est facilitée par sa fille qui est « *facile à vivre, donc de ce fait-là, comme elle est facile à vivre, évidemment que les choses sont plus faciles.* ». Nous retrouvons le même mode de fonctionnement que lorsqu'elle intègre son conjoint comme soutien idéalisé. Ses compétences maternelles apparaissent ainsi moins manifestes aux yeux de Sonia, puisqu'elle a du soutien et que sa fille est une enfant « *facile* ». Cela vient mettre en évidence la représentation dépréciée d'elle-même et la grande fragilité narcissique qui transparait finalement tout au long de l'entretien au travers de son discours.

Son nouveau statut de mère a également été source de changements dans le regard que son entourage, ses collègues et la société en général lui portent. Le fait d'être mère lui donne un autre statut dans la société, qui est particulièrement valorisé, contrairement à celui de « *fêtarde invétérée* ».

PERE DU BEBE ET EVOLUTION DE LA DYNAMIQUE DU COUPLE PARENTAL

Les représentations concernant son conjoint en tant que père sont uniquement positives : « *Papa est très présent. Il est au top papa* », « *super papa* », « *vraiment génial* ». Elle qualifie également la relation de ce dernier avec leur fille : « *Ils sont super complices* », « *Ils sont vraiment très très proches et moi je trouve que c'est tout bénéfique pour elle. J pense que, fin c'est pour ça qu'elle est bien. On a une relation différente tous les deux, moi avec elle et lui avec elle et elle profite de ça* », « *beaucoup dans le jeu* ». Sonia identifie des places et des rôles différents pour elle et son conjoint en tant que mère et père. La relation père-bébé est en effet marquée par l'activité, la stimulation, la proximité physique, et par le jeu (Kestenberg, 1981). Elle évoque au dernier entretien un couple parental « *complémentaire* » : « *je comprends certaines choses, il en comprend d'autres et finalement, on arrive bien, tous les deux, à cerner notre fille, ses besoins et demandes.* », « *C'est important. Y'en aurait un des deux qui serait pas là, je crois pas que ce serait comme ça. Je sais pas hein mais on apporte chacun quelque chose qui...voilà, ça compte.* ».

Son conjoint a également été et est toujours un an après la naissance de sa fille d'un grand secours et un étayage manifeste pour Sonia dans la relation à sa fille et dans son nouveau rôle de mère. Elle évoque également un « *regard extérieur* » à la relation fusionnelle mère-bébé qui a pu venir temporiser et la contenir. Il la requalifie et la rassure dans ses compétences maternelles. Il est un soutien à la fonction maternelle. Nous faisons également le lien avec les sollicitations régulières de Sonia à notre égard au cours de l'entretien (sous forme de questions

notamment). Le père d'Emilie doit cependant pouvoir occuper sa place de tiers par ailleurs auprès d'elles.

Au second et au dernier entretiens, Sonia met en avant l'évolution positive de leur relation et de leur dynamique de couple depuis la naissance d'Emilie. Celle-ci s'est ainsi « *renforcée* », « *approfondie* » à contrario de leur couple avant le bébé « *dans le milieu où on évoluait euh voilà c'est tellement superficiel que des fois on se posait des questions : « ça fait quinze ans qu'on est ensemble euh... »* ». La relation était en effet organisée autour des consommations de substance : « *Notre vie de couple a beaucoup tourné autour de cela.* ». La limitation massive des consommations et le traitement de substitution, ainsi que la naissance de leur fille, viennent donc bouleverser cet équilibre de couple. Il leur a donc fallu réorganiser leur couple autour d'une nouvelle dynamique et de nouvelles attentes et représentations communes. Sonia évoque le fait qu'ils sont aujourd'hui « *une famille* » et que « *si on a continué les bêtises, c'est peut-être parce que voilà ça nous manquait, un enfant nous manquait, tout simplement. Voilà, pour lier notre amour (rire)* ». Les consommations de drogue sont banalisées. Le fait qu'elles aient perduré a trait à un manque selon Sonia, au manque d'un enfant. Leur fille vient combler le manque comme la drogue est venue combler un manque. L'on se demande donc dans quelle mesure leur enfant vient alors remplacer l'objet drogue. Néanmoins, l'on a pu repérer tout au long du discours, un cheminement de la part de Sonia qui pourrait laisser penser que l'arrivée de cet enfant dans leur vie n'est pas à l'origine simplement des changements opérés mais peut-être vient s'inscrire dans un processus de changement débuté en amont. Malgré tout, il nous semble que leur fille vienne cristalliser ces changements et soit porteuse de représentations idéalisées et de promesses pour l'avenir. Les représentations et les attentes inconscientes attachées à cette enfant sont massives. Néanmoins, il apparaît au dernier entretien que les choses sont plus compliquées pour le couple conjugal : « *Notre vie tourne autour de la famille justement et on en oublie un peu notre couple.* ». Il semble que le couple existe encore autour de cet enfant qui « *apporte une autre dimension à la famille* ».

RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES

Le père de Sonia est décédé peu de temps avant la conception d'Emilie. La naissance de sa fille n'a, d'après elle, pas fait remonter de souvenirs heureux ou douloureux mais a représenté, au contraire, « *un moment joyeux après des moments douloureux voilà* ». La naissance de sa fille vient occuper une place contra-dépressive. Par la suite, Sonia explique ne jamais évoquer son propre père, décédé quelques mois avant la conception d'Emilie, avec cette dernière. Ainsi, « *pour moi dans ma tête elle a qu'un seul grand-père.* ». Sonia exclu ainsi

complètement son propre père de la filiation de sa fille. Elle rationalise par la suite et ajoute que tous les grands-parents d'Emilie sont néanmoins inscrits dans son acte de naissance et son livre de naissance « *quand elle regardera son livre voilà, elle saura, à partir du moment qu'elle sache lire. [...] Mais là, pour moi c'est beaucoup trop tôt.* ». Cette dernière formulation nous laisse entendre que c'est « *trop tôt* » non pas pour Emilie mais pour Sonia d'évoquer son propre père, ce qui nous laisse penser que le deuil n'a pas été encore élaboré. Le fait de ne pas inclure son propre père dans les grands-pères d'Emilie pourrait également relever du fantasme œdipien.

La mère de Sonia a été diagnostiquée bipolaire, dépressive et souffrant de délires paranoïdes le jour où nous l'avions recontactée pour fixer le second entretien. Sonia explique que ses délires paranoïdes étaient déjà présents depuis longtemps et « *moi j'ai vécu dans ... j'ai vécu dans ce contexte-là.* ». Elle fait alors le lien entre son vécu difficile avec sa mère, son appétence pour la drogue et sa dépendance. Elle met en cause les comportements de sa mère et son enfance dans sa toxicomanie. Sa mère « *n'a pas sa place de grand-mère parce que je peux pas, je peux pas demander qu'elle garde Emilie. Je peux rien lui demander.* ». Cela est attribué au traitement psychotrope très lourd aux dires de Sonia et qu'elle critique longuement. La remise en question du traitement permet d'éviter la pathologie elle-même et notamment le sentiment d'être face à une étrangère et de ne pouvoir compter sur sa mère. Cela permet également d'éviter la confrontation à l'angoisse face à l'état de santé de sa mère. Celle-ci apparaît cependant massive au travers de l'émergence en processus primaires. L'angoisse sous-jacente est celle d'une transmission de la pathologie à sa fille : « *Pour mettre en relation avec Emilie, bah comme c'est une maladie, j'ai peur qu'elle ait cette maladie. Voilà. J'ai peur que plus tard....Voilà c'est...c'est ça, je pense à ça. Vous voyez ?* ». Le besoin de réassurance est massif.

Sonia insiste, comme pendant la grossesse, sur la différenciation d'elle en tant que mère avec sa propre mère avec un fantasme de réparation à travers sa fille.

La naissance de sa fille l'a, en revanche, rapprochée de ses beaux-parents : « *On est tous les cinq mais on est bien. Voilà euh, c'est une belle relation qu'il y a entre nous cinq hein, avec la p'tite au centre euh qui profite hein* ». Ses propres parents sont ainsi exclus.

CONFLIT NARCISSICO-OBJECTAL, DEFAILLANCES DE LA TRANSITIONNALITE ET POURSUITE DES CONSOMMATIONS DE DROGUE

Aux quatre mois d'Emilie, Sonia nous verbalise qu'elle consomme encore de l'héroïne de façon occasionnelle avec quelque chose de la séduction à notre égard dans un désir d'obtenir notre approbation, une tentative de nous manipuler et surtout de minimiser ses consommations : « *On consomme hein, j'veais pas vous mentir hein. Ca nous arrive d'en consommer hein, occasionnellement. J'préfère être honnête hein, j'veais pas vous mentir hein, mais après c'est autre chose hein* ». « *Autre chose* », « *c'est une autre manière de consommer* » dans la mesure où ils doivent toujours être en mesure de s'occuper de leur fille. C'est également une autre manière de consommer dans la mesure où « *avant ça débordait, ça débordait. Maintenant, on peut plus déborder, et financièrement et psychologiquement* ». Sa fille représente donc un frein aux consommations. « *Ça débordait* » nous renvoie aussi bien aux consommations qu'à un débordement psychique.

Sonia explique finalement qu'elle-même avait déjà ce rapport au produit : « *J'arrivais à mettre de la distance parce que je me sentais bien dans ma peau* », et que c'est celui de son conjoint qui a changé : « *lui c'était plutôt un antidépresseur mais maintenant c'est sa fille son antidépresseur* ». Emilie représente donc pour son père un « *pare-drogue* » dans la mesure où elle vient remplacer la fonction de cette dernière. Cela est contradictoire avec ce que Sonia avait déjà pu nous en dire auparavant. En effet, leur fille a été un « *stabilisateur* » pour son conjoint mais les tendances dépressives la concernaient elle-même. C'est ce qui ressortira du dernier entretien : « *Heureusement qu'elle est là Emilie. Heureusement qu'elle est là. C'est notre raison de vivre. Moi je sais même pas comment on serait si elle était pas là. Ouais vraiment je pense que ouais, c'est indéniable, on serait reparti dedans c'est sûr* ». Elle ajoute ainsi que « *la vie est lourde hein. (...) Quand on est jeune, je trouve, on est plus insouciant. C'est une généralité, voilà, voilà. Et puis la vie, voilà, face à la maladie, face à la mort bon... et faut être armé et c'est pas toujours évident* ». La tendance dépressive est repérable au travers du discours de Sonia. L'on ne peut que faire le lien avec le décès de son père et la maladie de sa mère. Emilie occupe, comme le recours au toxique, une fonction antidépressive pour Sonia.

Nous évoquions néanmoins précédemment l'arrêt du travail et la centration sur son rôle de mère comme des facteurs ayant conduit à une augmentation des consommations d'alcool et d'héroïne. Elle explique ainsi le besoin d'avoir « *un cadre* », besoin qui a toujours été présent, et qui était en grande partie garanti par le travail. Celui-ci lui permettant de « *se maintenir* ». A l'inverse, « *le fait d'être chez moi, à la maison tout le temps, voilà... C'est vrai que bah voilà, je me lâche un peu plus* ». Elle expose très clairement le conflit psychique en jeu : « *Je me*

rends bien compte que moi, je pourrais pas être une maman qui serait tout le temps à la maison. J'ai besoin d'avoir...voilà, euh bon. C'est la balance entre prendre le temps pour sa fille, de l'éduquer et puis moi, ma vie à moi aussi. ». Le conflit narcissico-objectal est tout à fait identifiable. Par ailleurs, ce besoin de cadre fait écho au besoin d'étayage très marqué de la part de son conjoint ou de nous-même au cours de l'entretien et traduit la dépendance à l'environnement. La nécessité d'un cadre mais également d'une occupation laisse également entendre l'impossible confrontation à « l'ennui », au « manque », qui renvoie Sonia à un vide interne. Le besoin d'activité s'articule également avec cette problématique. Au-delà du besoin d'un cadre, c'est également une « *vie sociale* » qui manque. Cela s'articule également avec la difficulté formulée par Sonia de « *jouer* » qui implique une défaillance de la constitution d'un espace transitionnel. La dépendance à l'environnement externe transparait également à travers le besoin d'être entourée et la difficulté à se retrouver seule. Néanmoins, la dépendance à l'autre et une trop grande proximité s'avèrent menaçantes pour Sonia à travers notamment les premiers temps de la relation avec sa fille.

Finalement, le choix de se centrer exclusivement sur sa fille est source d'une grande ambivalence entre désir d'être une mère « idéale », de ne rien « manquer » et que sa fille ne « manque » de rien notamment du point de vue affectif, et attaque de son propre équilibre narcissique qui s'avère fragile. La représentation dépréciée en tant que mère peut également favoriser la reprise des consommations de toxiques.

Bien qu'Emilie représente un objet contra-dépressif et une motivation majeure dans l'arrêt des consommations (« *Moi ça commence à m'embêter, là je me rends compte que je veux être à cent pour cent pour ma fille et plus on...plus j'avance et plus ça m'embête. (...) à terme, moi j'ai plus envie consommer* »), elle ne remplace pas complètement l'objet-drogue, probablement du fait de la dimension objectale inhérente à la relation. L'ambivalence reste ainsi présente autour du désir de consommer puisqu'elle expliquera plus loin dans l'entretien que leurs consommations restent encore trop régulières mais qu'elle souhaite maintenir des consommations « *plus qu'occasionnelles* », à l'occasion de sorties, « *une fois dans l'année mais [...] limiter plus.* ». La dimension plaisir reste ainsi très présente en surface mais la dimension besoin est également latente. Le désir de limiter les consommations semble également être motivé par le fait qu'Emilie grandit et au regard qu'elle pourra porter sur les consommations, au fait qu'elle « *comprenne* ». Mais que va-t-elle comprendre ? Le fait que ses parents sont toxicomanes ? Sonia craint-elle un regard « négatif » de la part de sa fille pour qui elle est encore tout ? L'on repère ainsi une certaine honte face à ses comportements mais à travers le regard de sa fille sur elle, eux et leurs consommations.

Par ailleurs, l'avenir d'Emilie est marqué par la drogue. En effet, lorsque Sonia se projette dans le futur avec sa fille, elle évoque de nouveau le fait qu'elle puisse faire « *tout ce qu'[elle-même] n'a pas pu faire* ». L'on repère de nouveau ce désir de réparation à travers sa fille. Elle explique néanmoins avoir du mal à se projeter mais elle « *appréhende encore un p'tit peu. C'est vrai que j'ai peur qu'elle fasse une bêtise donc euh* ». Cela renvoie finalement aux propres « *bêtises* » de Sonia, autrement dit, entre autre, à sa toxicomanie, toujours banalisée. Cela pourrait-il être une des raisons pour lesquelles elle avait peur d'avoir un enfant, la peur qu'il reproduise son propre parcours ? Et la peur d'être elle-même une mère comme sa propre mère ? La question de la transmission de leur histoire et la crainte que leur fille ne reproduise la même chose sont au premier plan.

DES PROJETS POUR L'AVENIR

Sonia évoque le désir de reprendre une formation l'année prochaine pour travailler auprès des « *publics de sans-abri, de personnes qui sortent de prison, d'anciens toxicomanes. Voilà, de cas sociaux, de femmes qui ont des problèmes, de femmes isolées par exemple. Je me sens plus proche de ces publics et j'aimerais travailler avec ce type de public.* ». S'agit-il d'une tentative de réparation de son propre vécu dans quelque chose de plus secondarisé ayant trait à la sublimation ?

Sonia évoque également des projets en famille et explique se projeter dans l'avenir avec sa fille. La relation semble ainsi abordée de façon plus sereine au fur et à mesure qu'Emilie grandit et s'autonomise. Cela corrobore notre hypothèse selon laquelle la régression par identification à sa fille durant les premières phases de la vie de cette dernière est évitée par Sonia du fait de la résurgence de problématiques archaïques.

Sonia conclut l'entretien en revenant sur sa participation à la recherche : « *Moi j'ai été contente de participer, ça m'a...si voilà, si ça a pu vous donner une base ou ça peut aider d'autres femmes.* ». Elle revient sur ses représentations d'une grossesse impossible sous méthadone® avant sa propre grossesse et explique qu'elle « *espère que les femmes peuvent se rendre compte qu'un traitement, un traitement méthadone®, c'est un médicament. Que moi, voilà, il m'a aidée à avoir une vie normale et que on est comme tous les autres, on a un chien, un enfant, un crédit maison euh mon chéri va travailler et moi je fais à manger euh... Je veux dire, c'est possible mais j'espère que les mentalités changeront.* ». Le traitement de substitution est ainsi perçu comme un médicament par Sonia qui lui a permis d'intégrer une certaine « *normalité* ».

1.5.2. Protocole du Rorschach et psychogramme de Sonia

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I		1	Un loup	Un ours ou le diable en général. C'est méchant en tout cas.	G	F+	A	Tend. choc
		2	Un ours		G	F-	A	
		3	Le diable		G	FClob+	(H)	
		4	Méchant C'est pas agréable		G	Clob		
		5	2 chauves souris sur le côté	D7	F+/-	A		
		6	Les mains d'un petit bébé	D1	F+	Hd		
		7	Le vagin au milieu <i>(rire)</i>	D4	F-	Sexe		
II		8	2 potes qui se tapent dans la main	2 potes qui se tapent dans la main	G	K+	H	
		9	Des gens qui dansent ensemble		G	K+	H	
III		10	Ouh là ! Des écureuils pendus sur les traits rouges <i>J'aime pas du tout ça, ce à quoi j'ai pensé (le répère plusieurs fois)</i>	2 visages qui se regardent face à face Les mains Le corps (noir) Les pieds	D2	FClobC+	A	Tend. choc
		11	<i>C'est particulier</i>		G	K+	H	Ban

			2 personnes qui se regardent en face à face	Le trait dans les taches rouges c'est le fait d'être pendu. Beurk. J'aime pas ! 2 femmes qui se regardent face à face C'est symétrique				Symétrie
IV		12	<i>C'est bizarre</i> Une espèce... je sais pas trop comment dire	Ça me rappelle mes cauchemars avec des monstres que j'ai fait quand j'ai arrêté la drogue. C'est pas parti faut croire. Un yéti (<i>rép. Add</i>) (peluche dans le milieu en bas)	G	FClob+	(A)	Choc
		13	Un loup garou poilu légèrement incliné <i>C'est bizarre</i> Ou autrement je vois pas une petite fille mais si un petit être qui tient...C'est bizarre, qui tient un monstre ou une peluche pas belle		D/G	FClob-	H/Obj	
V		14	Un papillon	Un papillon dans l'ensemble	G	F+	A	Ban
		15	Au milieu une petite fée		D7	F+	(H)	
		16	Au bout de chaque côté, 2 têtes de crocodiles		D10	F+	Ad	
VI	6''	17	Là je vois une croix	La croix	D8	F+	Obj.	Choc

		18	<p>Pas grand-chose</p> <p>Une croix avec une dame avec des grands cheveux</p> <p><i>Ça m'inspire pas grand-chose (rire)</i></p>	<p>C'est plutôt satanique (<i>Clob</i>)</p> <p>Du noir toujours</p> <p>Une femme exorciste avec des grands cheveux gris</p> <p>Le visage</p> <p>Les grands cheveux</p>	D8+D1	FC'-	Obj/H	Tend. refus
VII	7''	19	<p>2 grands-mères qui se regardent et qui ont envie de se faire un bisou à distance</p> <p><i>(rire ++)</i></p>	<p>Le profil des visages avec les chignons</p> <p>Plus la couleur gris ça m'a fait penser.</p> <p>Et la bouche, le museau très avancé, comme les petites mamies qui voient rien</p>	G	KC'+	H	Choc
VIII	15''	20	Un buste		Dbl	F-	Hd	Choc
		21	Un corps de femme peut-être		Dbl	F-	H	
		22	Un buste avec deux félins sur le côté		Dbl/G	F+/-	Hd/A	Ban
		23	<p>côté</p> <p>Une tête d'alien</p> <p><i>C'est un peu bizarre</i></p>	<i>(en haut dans le vert)</i>	D8	F-	(Hd)	

IX	10''		<i>Ça m'inspire pas</i>					Choc/ Tend.
			<i>Je suis désolée</i>					refus
		24	Des loups (<i>rouge</i>)		D3	F-	A	
		25	Un petit garçon		G	F-	H	Ban
		26	Une tête de garçon avec une houpette (<i>rouge</i>)		Dbl8+D3	F+	Hd	
X	4''		<i>C'est positif les couleurs</i>	Des loups (<i>bleu tâche en haut côté</i>)(<i>rép. Add</i>)				Dénomination
			<i>Je sais pas quoi vous dire</i>	Des souris (<i>extérieur gris, noir côté, jaune</i>)(<i>rép. Add</i>)				couleur
			<i>Je suis désolée</i>	Une tête d'extra terrestre (<i>« tour Eiffel »</i>)(<i>rép. Add</i>)				Choc
			<i>Ça m'inspire pas du tout</i>	Dark Vador (<i>rép. Add</i>)				Refus
			<i>(rire +++)</i>					

Temps total : 20 minutes

Choix + : - II : Les personnes qui se tapent dans la main, les potes

- X : Les couleurs, c'est positif.

Choix - : - I : C'est méchant.

- IV : ça me fait penser à mes cauchemars.

PSYCHOGRAMME Sonia

R : 26
R additives : 5
Refus : 0

Tps total : 20 min
Tps/rep. Moyen :

G : 13	F: 16	H: 9	
G%: 48	F%: 63	Hd: 5	H%: 63
	F+% : 47	(H): 2	
		(Hd): 1	
D: 11	K: 3+	A: 6	
D%: 41	kan:	Ad: 1	A%: 30
	kp:	(A): 1	
Dd:	kob:		
Dd%:			
Dbl: 3	FC:	Ban : 4	
Dbl%: 11	CF:	Elem :	
	C:	Frag :	
	FC': 1	Obj : 3	
	C'F:	Anat :	
	C':	Géo :	
	KC' : 1	Bot :	
Choix + :	FE:	Scène :	
Choix - :	EF:	Nature :	
	E:	Arch :	
		Abstr :	
TRI : 4K/1,5C	FClob: 3	Symb :	
F. Compl. : 0kan/0E	ClobF:	Sang :	
	Clob: 1	Sexe : 1	
RC% : 22	FClobC : 1		
IA% : 27		Eléments qualitatifs : Couleur pl. X Sym. Pl. III	

1.5.3. Analyse du protocole du Rorschach de Sonia

1.5.3.1. Clinique de la passation

Le protocole est très fourni avec une productivité importante à travers un nombre de réponses légèrement plus important que les normes et beaucoup de commentaires, d'exclamations et de réponses additionnelles à l'enquête. Les exclamations rendent compte d'une tension difficilement canalisable. L'on note également des rires « nerveux », défenses maniaques. Le protocole donne le sentiment d'une difficulté de contenance de son monde interne avec un envahissement fantasmatique que Sonia tente de juguler par l'inhibition. Cela semble peu opérant. L'on repère des contenus menaçants et parfois crus. Le protocole et le psychogramme apparaissent très hétérogènes. L'angoisse est également présente en filigrane tout au long de la passation à travers les manifestations plus dramatisées, les refus, et la présence importante de Clob.

1.5.3.2. Analyse des processus de pensée

Le F% s'avère dans les normes ce qui traduirait un contrôle sur la vie affective et fantasmatique sans pour autant que ces dernières soient réprimées ou évitées, ainsi qu'une adaptation à la réalité externe. Cependant, le F+% est très largement inférieur à la norme ce qui implique que les fantasmes imprègnent, voire envahissent, la réalité avec notamment des dérapages perceptifs sous le poids des projections. Cela remet en cause la capacité de Sonia à s'adapter à la réalité externe. L'on note également beaucoup de mauvaises formes qui viennent rendre compte d'un échec des défenses rigides, un manque d'adaptation au réel, une perturbation par implication autant des fantasmes que des affects. Enfin, cela vient mettre en exergue une frontière poreuse, instable entre monde interne et monde externe.

Malgré tout, le nombre de banalités reste dans la moyenne et implique un certain conformisme et une capacité d'adaptation sociale. Les H sont également supérieurs à la norme garantissant la capacité à s'identifier à des contenus humains lorsqu'ils sont associés à de bonnes formes (10 sur 15), d'autant plus que Sonia peut s'avérer en mesure de les intégrer à des représentations de relation. Néanmoins, l'on note des contenus humains associés à de mauvaises formes aux planches masculines paternelles et aux planches pasteltes. Sonia se désorganise sous le poids des fantasmes et des projections. Par ailleurs, l'on compte un tiers de Hd associés à toutes les qualités de formes (F+, F-, F+/-). Cela rend compte d'une isolation défensive. L'on repère également un A% inférieur à la norme, associé aussi bien à de bonnes qu'à de mauvaises formes ou à des formes floues. Les représentations apparaissent néanmoins intègres. Cela traduit de nouveau le débordement fantasmatique qui vient désorganiser Sonia.

La problématique des limites entre monde interne et monde externe est prévalente chez Sonia qui est en proie à un envahissement fantasmatique qui vient perturber l'adaptation à la réalité externe et la perception. Néanmoins, Sonia peut s'avérer tout à fait adaptée à certaines planches avec des possibilités de mises en relation de personnages humains et en intégrant pulsions libidinale et agressive (planche III). Elle peut ainsi se reprendre par moment dans un fonctionnement plus secondarisé mais qui s'avère globalement très hétérogène.

Il s'avère d'autant plus hétérogène que Sonia introduit des kinesthésies humaines aux planches relationnelles (II, III et VII) qui sont toutes associées à de bonnes formes et dont deux sous-tendent des mouvements pulsionnels agressifs et/ou libidinaux (planche II, planche VII) au sein d'une relation. La pensée s'avère ainsi investie et créatrice. Le TRI s'avère d'ailleurs largement introversif. Les mouvements libidinaux ne viennent pas désorganiser Sonia. Ils sont intégrés et participent à la relation intersubjective. Celle-ci n'est pas non plus désorganisante.

L'on note cependant une tentative de prise de distance par rapport au matériel avec un G% supérieur à la norme au détriment des détails. Il est associé à des bonnes formes à certaines planches (II, III, et V), à des mauvaises formes à d'autres (VIII, IX) et aux deux à la fois (I, IV, VII). Le fonctionnement s'avère de nouveau hétérogène. L'on peut cependant supposer un caractère adaptatif du fonctionnement cognitif par moment avec un repos de la pensée, qui peut néanmoins se trouver désorganisé du fait de la massivité des projections. L'on note également une sensibilité accrue au vide avec un Dbl supérieur à la norme. Cela met en évidence l'existence d'une problématique dépressive chez Sonia.

Il n'est pas fait mention de la couleur à la planche II malgré l'intégration de mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux dans la réponse. L'on note en revanche un commentaire couleur sans être intégré à une représentation qui s'avère mortifère à la planche III. Cela est suivi d'un commentaire négatif qui vient signifier l'angoisse de Sonia face à la sollicitation de cette planche. La manifestation émotionnelle ne peut être contenue.

Les planches pastelles sont marquées par la désorganisation (F- et F+/-, planches VIII et IX) et le refus à la planche X associé à un commentaire couleur. Cela traduit une sensibilité face à l'environnement et à la régression qui s'avèrent menaçants et envahissants. Cela traduit également un manque d'adaptation à l'environnement et met de nouveau en évidence un manque de contrôle des affects. Le RC% inférieur à la norme implique une tentative de mise à distance de la régression et une réactivité plus limitée à l'environnement, probablement dans une tentative de défense, de contrôle face au monde extérieur et aux affects. Cela n'est pas

opérant comme nous avons pu le voir. Il est également possible que la désorganisation en fin de test signe des défenses employées aux planches précédentes pour lutter contre la désorganisation qui s'avèrent trop coûteuses et qui ne sont donc plus opérantes.

L'on note enfin une sensibilité aux couleurs achromatiques (FC' planche VI, KC' planche VII) et au vide (Dbl planches VIII et IX). Cela rend compte d'une problématique dépressive chez Sonia.

La pensée apparaît ainsi mobilisée chez Sonia dans quelque chose de créatif mais qui risque d'être perturbée par les mouvements projectifs et surtout la sensibilité affective et la sensibilité à l'environnement. Il nous semble en effet que, plus que les mouvements pulsionnels qui apparaissent intégrés à des réponses intégrant la relation, c'est la sensibilité à l'environnement, à la réalité externe qui s'avère problématique, ainsi que la confrontation à la régression. Les désorganisations se repèrent en effet massivement aux planches pastelles et à la planche I. Il y a un malaise par rapport au monde extérieur qui s'avère menaçant et désorganisant. Cela est bien entendu associé à une problématique des limites. L'adaptation au monde externe apparaît défaillante. Les planches masculines paternelles s'avèrent néanmoins également potentiellement désorganisantes, ce qui signe un envahissement également par le monde fantasmatique à des planches sollicitant des problématiques spécifiques.

1.5.3.3. Représentations de soi, narcissique

La présence de kinesthésies humaines entières et toutes de bonne qualité (planche II, III et VII), ainsi que des représentations humaines intègres malgré des désorganisations formelles, implique une certaine stabilité de la représentation de soi et de l'identité. Les contenus de parties d'êtres humains sont principalement associés à de bonnes formes, ce qui vient également garantir l'absence de problématique concernant l'intégrité du corps. L'on note cependant un H% supérieur à la norme dans quelque chose d'une tentative de conformisme, d'hyper adaptation. La planche V, enfin vient garantir l'absence de problématique identitaire puisque l'on note la banalité attendue. L'on repère en revanche une représentation plus régressive et de l'agressivité.

L'on note des formes floues aux planches I et VIII. Sonia n'apparaît pas sûre de sa perception. L'on note également un surinvestissement des enveloppes aux deux planches masculines (« poilu », « cheveux »). Enfin, l'effraction sensorielle apparaît importante aussi bien au noir et au gris (planches VI, VII) qu'à la couleur (planches III, X) et qu'aux planches

pastelles de manière globale puisqu'elle est source de désorganisation par réactivité à l'environnement. Tout cela nous indique la présence d'une problématique des limites, d'autant que l'on a déjà noté l'hétérogénéité des déterminants et le poids des mauvaises formes et des formes floues avec un F+% très inférieur à la norme.

Les planches II et III, malgré la reconnaissance de personnages humains, sont dénuées de sexualités. Sonia identifie néanmoins des personnages féminins à l'enquête mais en insistant sur l'absence de relation entre les deux et mettant au jour une problématique narcissique (symétrie). La sexualité féminine est reconnue à la planche VII mais elle est dévalorisée et mise à distance (« grand-mères »). La haine semble nécessaire à la fois pour être en relation et pour se séparer (« bisou à distance »). La planche V renvoie à une représentation féminine régressive (« petite fée ») tandis que la planche maternelle IX est marquée par une représentation régressive masculine et phallique (« petit garçon avec une houpette »).

La planche IV est marquée par la reconnaissance de la puissance phallique active associée à une représentation menaçante agressive dans un fantasme de dévoration (« loup-garou »). Cela engendre un malaise et une angoisse importants. Le poids des fantasmes angoissants vient perturber les défenses et les limites. La seconde réponse est ainsi marquée par la désorganisation et l'angoisse. Sonia reconnaît le symbole phallique identifié à un monstre menaçant (« monstre ») puis dévalorisé (mais toujours menaçant) (« une peluche pas belle ») pour tenter de mettre à distance l'angoisse. Le symbole phallique est la propriété de « la petite fille ». Dans une valence plus névrotique, cela renverrait à l'angoisse puis au refus de la castration. Cela pourrait renvoyer, dans une dimension plus archaïque, aux imagos toutes-puissantes et menaçantes porteuses du phallus, envié et craint par la petite fille. Sonia ajoute à l'enquête que cela la renvoie « aux cauchemars des monstres » qu'elle a faite quand elle a arrêté la drogue. Sonia identifie le symbole phallique à la planche VI qui est associé au diable, à Satan (« satanique »). Elle identifie cependant un personnage féminin qui s'avère être un défenseur contre la toute-puissance phallique (« exorciste »). Cette dernière est de nouveau représentée comme extrêmement menaçante et angoissante. Les limites entre fantasmes et réalité sont défaillantes (surinvestissement des enveloppes). La régression passive est top anxiogène pour Sonia qui ne peut s'y confronter. Sans parler d'antécédents d'abus sexuels sur Sonia, l'on peut associer cette angoisse massive à l'égard de la figure phallique à l'excitation pulsionnelle non contenue et aux fantasmes œdipiens incestueux exacerbés repérés au cours des entretiens. L'on note également la sensibilité au noir (enquête) et au gris. Cela traduit une sensibilité anxieuse face à la problématique identificatoire ainsi que la problématique dépressive en jeu chez Sonia.

L'on note ainsi la présence de figures masculines aux planches féminines et inversement. Cela signe une fragilité identificatoire. Par ailleurs, nous nous questionnons sur une possible indifférenciation des imagos paternelle et maternelle. Nous en reparlerons par la suite.

1.5.3.4. Représentations de relations

L'on a déjà noté la présence de kinesthésies humaines intégrées à des représentations de relations sur une valence agressive puis libidinale à la planche II. La planche III est marquée par une kinesthésie humaine statique. La relation est ainsi évitée face à une projection massive mais le recentrage sur la mise en relation, bien que statique, permet à Sonia de se reprendre. Dans une continuité de ces deux planches, les mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux de la planche II ont pu entraîner le fantasme punitif de castration que l'on note à la planche III à travers les commentaires (passation et enquête) et le contenu de la réponse elle-même. Les défenses narcissiques de la seconde réponse à la planche III permettent ainsi de se dégager du conflit avec de nouveau l'introduction d'une relation entre les deux personnages mais gelée. Néanmoins, la première réponse de la planche III rend compte d'une désorganisation perceptive et d'une désorganisation du discours face à l'émergence pulsionnelle.

La planche VII est également marquée par la présence d'une kinesthésie humaine statique. La pulsion libidinale est présente mais mise à distance, autant que les deux personnages féminins. Cela signe une problématique relationnelle face à l'imago maternelle qui apparaît d'ailleurs dévalorisée (« grand-mères »). Il y a quelque chose d'un désir de rapproché libidinal tout en ayant besoin de maintenir une distance. Il est également question du regard de la figure maternelle. Elle « ne voit rien ». Cette planche est également marquée par la sensibilité au gris. Ces derniers éléments mettent en avant une problématique dépressive, de perte d'objet par rapport à la figure maternelle. Cela met également en évidence la problématique de séparation-individuation et la problématique limite (ni trop près, ni trop loin). La planche IX renvoyant à l'imago maternelle est marquée par un choc et un refus au premier abord. L'imago maternelle apparaît finalement dans une valence agressive et potentiellement menaçante, ce qui vient de nouveau désorganiser Sonia sous le poids des fantasmes. Elle peut néanmoins se reprendre mettant en avant une imago maternelle archaïque phallique (« une tête de petit garçon avec une houppette »). L'on note par ailleurs la sensibilité au blanc (Dbl), ce qui vient remettre en exergue la problématique de perte d'objet dans la relation à la mère.

Le premier objet apparaît d'autant plus menaçant que la planche I est marquée par des représentations de nouveau angoissantes et menaçantes (« loup », « ours », « diable »,

« méchant »). Le mode d'appréhension global et l'appui sur le percept ne sont pas opérants puisque Sonia alterne entre bonne et mauvaise forme. L'isolation par la suite, pour tenter de mettre à distance les fantasmes angoissants, s'avèrent totalement inopérante puisqu'elle est encore plus envahie par ses fantasmes liés à la maternité et la sexualité dans quelque chose de cru. Cette planche se réfère également à la nouveauté dans la relation au monde. Celui-ci apparaît dès lors menaçant et désorganisant comme nous l'avons déjà noté pour les planches pastelles. Par ailleurs, la représentation du « diable » est présente à cette planche et nous renvoie à la représentation satanique de la planche VI. Les imagos parentales pourraient ainsi ne pas être différenciées.

Nous ne revenons pas sur les relations et représentations des imagos masculines paternelles déjà développées précédemment.

La planche X est marquée par le refus face à la séparation. La réponse couleur associée à un commentaire positif nous apparaît comme une défense contra-dépressive. La problématique de séparation et dépressive est manifeste. Sonia peut néanmoins donner des réponses à l'enquête qui alternent toujours entre des réponses adaptées et une désorganisation de la perception.

1.5.3.5. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

L'angoisse apparaît massive dans l'ensemble du protocole puisque l'indice d'angoisse est nettement supérieur à la norme. Il s'agit d'une angoisse dépressive chez Sonia.

Sonia a recours à une grande variété de modalités défensives. Elle utilise des défenses rigides pas toujours opérantes : G supérieur à la norme, dénégation (planche IV), isolation (Hd, Ad, D) ; ainsi que des défenses labiles : refoulement (chocs planches VI, VII, VIII, IX, X), régression (planche V), dramatisation (exclamations, commentaires). L'on note également l'inhibition (refus, réponses floues, répression (planches III, VII) et des défenses narcissiques (affect-titre planche III). Enfin, l'on note l'émergence de processus primaires (projection et identification projective (planches I et IX), clivage (alternance F+- F-), idéalisation/dévalorisation). La problématique de castration est traitée sur un mode plus mortifère (planche III).

1.5.3.6. Conclusion

Le fonctionnement psychique de Sonia s'avère très hétérogène. La pensée est investie dans le plaisir et la créativité avec des possibilités de mises en relation sous-tendues par des mouvements pulsionnels agressifs et/ou libidinaux. Cependant, les frontières entre monde

interne et monde externe s'avèrent extrêmement poreuses et ainsi défailtantes sous le poids des fantasmes notamment en lien avec les imagos parentales archaïques, mais également face au monde extérieur menaçant et angoissant et à la régression. Les affects sont également difficilement contrôlables par Sonia. La problématique dépressive est manifeste.

1.5.4. Protocole du TAT de Sonia

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: Alors c'est un enfant qui regarde un violon et qui s'ennuie parce qu'on l'oblige à jouer avec et puis qu'il a pas envie (« rires »). Voilà, il regarde son violon, il est dépité (« rires »).

Procédés du discours : Alors c'est un enfant qui regarde un violon [A11] et qui s'ennuie [A24] parce qu'on [B12 ; CI2] l'oblige à jouer avec et puis qu'il a pas envie (« rires ») [B23 ; CM3]. Voilà, il regarde son violon, il est dépité (« rires ») [A11 ; B22 ; CM3].

Problématique de la planche : *La problématique de l'immaturité fonctionnelle est abordée dans un conflit intrapsychique dominé par la contrainte, une volonté externe anonyme. L'impuissance ne peut être dépassée par Sonia dans la mesure où l'enfant ne tente pas de jouer de l'instrument, de s'en servir. Le conflit ne trouve pas de dégageant et l'impuissance engendre un vécu dépressif dont Sonia tente de se défendre à l'aide défenses maniaques.*

Planche 2: Alors donc, la, la dame avec ses livres qui tourne le dos. Ah ben ok. Alors donc j'ai, donc euh, la vie dure d'une personne euh, durant son enfance qui tourne, qui lui tourne le dos, parce qu'elle elle a les livres dans la main. Comment dire euh elle tourne la vie, elle tourne le dos à la vie dure pour aller vers une vie intellectuellement plus épanouissante, voilà.

Procédés du discours : Alors donc, la, la dame avec ses livres qui tourne le dos [CI2 ; CF1]. Ah ben ok [B21]. Alors donc j'ai, donc euh, la vie dure d'une personne euh, durant son enfance qui tourne, qui lui tourne le dos, parce qu'elle elle a les livres dans la main [A31 ; CN2- ; CI2 ; CN3 ; E41]. Comment dire euh elle tourne la vie, elle tourne le dos à la vie dure pour aller vers

une vie intellectuellement plus épanouissante, voilà [E41 ; CN3 ; CN2- ; B23 ; CN2+ ; E11 ; A22].

Problématique de la planche : *La reconnaissance de la problématique de la planche vient complètement désorganiser Sonia. Le scotome du couple implique l'impossibilité de se confronter et de conflictualiser la triangulation œdipienne. Cela plutôt dans quelque chose du refoulement puisque des représentations contrastées rendent cependant compte d'un conflit psychique en jeu entre « la vue dure » et « une vie intellectuelle » avec une tentative de dégagement de la problématique en jeu. L'on se demande si l'interdit et le renoncement à l'objet œdipien ne sont pas en partie intégrés mais dans une impossible confrontation à l'attirance pour le père et surtout à la rivalité avec la mère. Par ailleurs, cela renvoie à une différenciation, voir un clivage, entre « bon » et « mauvais » objet. Le couple parental pourrait être mauvais dans la mesure où il exclue la fille. La jeune fille ne pourrait leur « tourner le dos » que dans une dévalorisation du couple.*

Planche 3BM : Alors c'est quelqu'un qu'est effondré parce qu'il est complètement défoncé, qu'il s'est shooté à quelque chose et voilà. Ça me fait penser à ça.

Procédés du discours : Alors c'est quelqu'un [CI2] qu'est effondré [CN3] parce qu'il est complètement défoncé [E23], qu'il s'est shooté à quelque chose et voilà [E23 ; CI2]. Ça me fait penser à ça. [→ CN1]

Problématique de la planche : *L'affect dépressif est éprouvé à la périphérie de la psyché et non au-dedans, ce qui constitue une mesure de protection contre l'impact émotionnel dépressif. La problématique dépressive de perte d'objet ne peut être abordée par Anaïs mais elle est reconnue. Elle entraîne la recours à la représentation de la « défonce » et donc de la drogue. La représentation de l'objet-drogue, à travers ses effets, est convoquée face à la représentation de la perte d'objet impossible à élaborer. L'investissement narcissique (CN1) renforce l'hypothèse d'une impossible élaboration de la problématique de perte d'objet.*

Planche 4: Alors euh, donc c'est l'amour au ciné, l'amour au cinéma. La dulcinée qui demande à son homme de ne pas partir vers d'autres contrées (« rires »). Voilà, ça me fait penser à ça.

Procédés du discours : Alors euh, donc c'est l'amour au ciné, l'amour au cinéma [A31 ; CN3 ; A22]. La dulcinée qui demande à son homme de ne pas partir vers d'autres contrées (« rires ») [A11 ; B32 ; B11 ; CM3]. Voilà, ça me fait penser à ça.

Problématique de la planche : Sonia tente de mettre à distance les pulsions libidinales à travers l'inhibition (affect titre). Le récit a du mal à se conflictualiser et c'est l'angoisse de séparation et d'abandon qui prédomine et empêche justement cette conflictualisation.

Planche 5: Alors la cinquième, donc euh, ça, pfff c'est bête ça me fait penser à un tableau de, de Van Gogh (« rires »). Pourtant c'est pas du tout ça. Euh, ah ben je sais pas, une maman qui vient chercher sa fille : « Alice c'est l'heure de manger » (« rires »). Je sais pas, il m'inspire pas beaucoup celui-ci.

Procédés du discours : Alors la cinquième, donc euh, ça, pfff c'est bête [B21 ; CM3] ça me fait penser à un tableau de, de Van Gogh (« rires ») [CN3 ; A14 ; CM3]. Pourtant c'est pas du tout ça [A32]. Euh, ah ben je sais pas [CI1], une maman qui vient chercher sa fille : « Alice c'est l'heure de manger » (« rires ») [A11 ; A34 ; B11 ; B12 ; B11 ; CM3]. Je sais pas, il m'inspire pas beaucoup celui-ci [CI1].

Problématique de la planche : Il est impossible pour Sonia d'aborder la problématique de la planche qui semble la renvoyer à une problématique de perte d'objet du fait de la prégnance des procédés antidépressifs.

Planche 6GF : Alors, donc là, donc ça fait style années 50. Euuuh, c'est une bonne question, euh, donc euh, c'est une bonne question. Qu'est-ce que je pourrais vous répondre euh (« rires ») Ouais, elle m'inspire pas beaucoup celle-là (« rires »).

Procédés du discours : Alors, donc là, donc ça fait style années 50 [A14]. Euuuh, c'est une bonne question, euh, donc euh, c'est une bonne question. Qu'est-ce que je pourrais vous répondre euh (« rires ») [CM1 ; CM3 - pirouettes, virevoltes ; CM3]. Ouais, elle m'inspire pas beaucoup celle-là (« rires ») [CI1 ; CM3].

Problématique de la planche : *Les procédés maniaques dominent à cette planche et entraînent un évitement massif de la problématique de la planche renvoyant à la relation hétérosexuelle et potentiellement incestueuse. La confrontation au fantasme de séduction autant qu'à la position passive est impossible à traiter pour Sonia.*

Planche 7GF : Alors, alors là c'est une jeune fille qui se fait euh, je suis pas sûre si elle se fait réprimander. Ah c'est plutôt une jeune fille qui se fait réprimander. C'est pas tant sa maman, je dirais plutôt par sa nourrice voilà. Elle fait un peu sa tête de mule (« rires »).

Procédés du discours : Alors, alors là c'est une jeune fille qui se fait euh, je suis pas sûre si elle se fait réprimander [A11 ; A31 ; E22 ; CI2]. Ah c'est plutôt une jeune fille qui se fait réprimander [A32 ; A31 – remâchage ; E22 ; CI2]. C'est pas tant sa maman, je dirais plutôt par sa nourrice voilà [A23]. Elle fait un peu sa tête de mule (« rires ») [CN3 ; CM3 ; B23].

Problématique de la planche : *Le scotome du poupon implique une identification impossible à une mère autorisant l'accès à une place de femme et de mère. Le rapproché mère-fille entraîne une réactualisation de l'ambivalence dans la relation mère-enfant en terme de proximité et de rejet avec une centration sur la valence agressive et sur une représentation d'une mère potentiellement persécutrice bien que Sonia tente de la mettre à distance.*

Planche 9 GF : Alors là euh, y'a une personne qui se cache, une autre donc c'est une dame qui se cache d'une autre dame euh. Je ne sais pas pourquoi. Une personne qui se cache.

Procédés du discours : Alors là euh, y'a une personne qui se cache, une autre... [CI2 ; A11 ; CI2]. Donc c'est une dame qui se cache d'une autre dame euh [A11 ; CI2 – anonymat ; CI2 – motif des conflits non précisés]. Je ne sais pas pourquoi [CI2]. Une personne qui se cache [CI2 ; CF1]. [→ CF1].

Problématique de la planche : *Le conflit psychique en lien avec la problématique de rivalité ne peut être abordé par Sonia, à grand renfort de procédés d'inhibition. Derrière cet évitement manifeste de la conflictualité, il est probable ce soit une agressivité plus violente qui se mobilise dans une problématique où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa perte.*

Planche 10 : Alors là c'est, c'est l'amour euh ... (3 secondes). Euh, donc un monsieur, je sais pas si on pourrait dire, allé si, c'est le mari qui réconforte sa femme tendrement, en lui faisant un baiser sur le front.

Procédés du discours : Alors là c'est, c'est l'amour euh ... (3 secondes) [CN3 ; CI1]. Euh, donc un monsieur [CI2], je sais pas si on pourrait dire, allé si, [A31] c'est le mari qui réconforte sa femme tendrement, en lui faisant un baiser sur le front [B32 ; CM1+ ; B32 ; A11].

Problématique de la planche : *Les défenses narcissiques et rigides de Sonia lui permettent finalement d'identifier un couple dont la relation est marquée par la tendresse mais surtout le besoin de soutien, d'étayage.*

Planche 11 : Oh la, c'est vraiment euh, ah c'est super abstrait hein. Donc euh j'aurais plutôt tendance à voir euh franchement hein, je vois une cascade moi euh. Voilà, je vois juste un paysage hein. Une cascade. Elle a des rochers sur le coté. *Est-ce que c'est plutôt positif ou c'est plutôt angoissant ? Qu'est-ce que vous ... ?* Pas forcément angoissant, c'est, pour moi c'est la nature donc euh, c'est sauvage. C'est pas... Ni l'un ni l'autre. Au début c'est vrai quand vous me l'avez montré c'est, j'ai, au-dessus c'est plutôt angoissant surtout avec les couleurs foncées du dessus c'était brumeux, puis finalement, non. Mais la première impression ouais, euh quelques secondes.

Procédés du discours : Oh la, c'est vraiment euh, ah c'est super abstrait hein [B21 ; CL2]. Donc euh j'aurais plutôt tendance à voir euh franchement hein, je vois une cascade moi euh [A31 ; A11]. Voilà, je vois juste un paysage hein. Une cascade. Elle a des rochers sur le côté [A11]. *Est-ce que c'est plutôt positif ou c'est plutôt angoissant ? Qu'est-ce que vous ... ?* Pas forcément angoissant [A23 ; E23], c'est, pour moi c'est la nature donc euh, c'est sauvage [A11]. C'est pas... Ni l'un ni l'autre [CI1 ; A23]. Au début c'est vrai quand vous me l'avez montré c'est, j'ai, au-dessus c'est plutôt angoissant [A31 ; E23] surtout avec les couleurs foncées du dessus [CL2] c'était brumeux [CL2], puis finalement, non [A24]. Mais la première impression ouais, euh quelques secondes [A24].

Problématique de la planche : *La réactivation d'une problématique archaïque persécutive empêche l'élaboration d'un récit conflictualisé. Sonia reste accroché au percept. L'étayage sur*

l'intervention de la clinicienne laisse justement entrevoir l'angoisse sous-jacente face à cette imago archaïque menaçante, qui vient mettre au jour des défaillances de l'objet interne et une porosité des limites dedans-dehors.

Planche 13B : (4 secondes) Alors, un enfant, donc un enfant seul, un enfant seul qui est laissé seul voilà au bas de sa porte. On peut pas dire qu'il réfléchit mais qu'il s'ennuie tout simplement.

Procédés du discours : (4 secondes) Alors, un enfant, donc un enfant seul, un enfant seul, qui est laissé seul voilà au bas de sa porte [A11 ; A31 – remâchage ++ ; CM1- ; A12]. On peut pas dire qu'il réfléchit mais qu'il s'ennuie tout simplement [A23 ; A24 ; B13 ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche sollicite clairement Sonia sur la problématique de perte et d'abandon, et la capacité à être seul dans un environnement précaire. Les affects dépressifs sont présents à minima. Néanmoins, Sonia ne peut se dégager de la problématique en élaborant une fin avec le retour de l'objet.*

Planche 13MF : Ben là, ben là c'est la mort hein. Là c'est... Je peux pas dire que c'est un docteur. Euh c'est une personne qui vient de mourir pour moi (« rires »). Une personne qui vient de mourir et puis euh, je sais pas si on peut dire, on va dire que c'est un docteur qu'a pas pu la sauver (« rires »).

Procédés du discours : Ben là, ben là c'est la mort hein [CN3 ; E23]. Là c'est... Je peux pas dire que c'est un docteur [A23 ; A33 ; A11]. Euh c'est une personne qui vient de mourir pour moi (« rires ») [A34 ; A11 ; CI2 ; E23 ; CM3]. Une personne qui vient de mourir [A31 ; CI2 ; E23]. Et puis euh, je sais pas si on peut dire, on va dire que c'est un docteur qu'a pas pu la sauver (« rires ») [A31 – précautions verbales + hésitation ; B11 ; CM1- ; CN2- ; CM3].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche sollicite une fantasmatique mortifère chez Sonia, accompagnée d'agressivité. C'est la question de la perte violente et de la destruction qui est ravivée malgré les tentatives de défense à l'aide des procédés rigides et de l'étayage sur un objet qui échoue à être positif.*

Planche 19 : (« rires ») C'est quoi ça (« rires ») ? Euh mouais ça me fait penser à une maison dans un dessin animé (« rires »). C'est bizarre. Un peu comme la maison des schtroumfs. C'est bête hein (« rires »). Pfff voilà. Non moi j'vous dis ça me fait penser à une maison dans un dessin animé (« rires »).

Procédés du discours : (« rires ») C'est quoi ça (« rires ») ? [CM3 ; CM1 ; CM3] Euh mouais ça me fait penser à une maison dans un dessin animé (« rires ») [A31 ; A11 ; A14 ; A21 ; CN3 ; CM3]. C'est bizarre [B21]. Un peu comme la maison des schtroumfs [A11 ; A14 ; A21]. C'est bête hein (« rires ») [CM3]. Pfff voilà. Non moi j'vous dis ça me fait penser à une maison dans un dessin animé (« rires ») [A32 ; A31 ; A11 ; A14 ; A21 ; A31 – remâchage ; CN3 ; CM3]. [CI]

Problématique de la planche : *La régression suscitée par la planche ne permet pas à Sonia de conflictualiser la problématique puisqu'elle reste enlisée dans la description du contenu manifeste dans un remâchage. Les défenses rigides et maniaques prédominent, ce qui laisse penser à la réactivation d'une problématique archaïque dépressive. Les défenses restent opérantes dans l'évitement du conflit.*

Planche 16 : Ah image blanche. Donc l'image blanche c'est mon futur hein je peux en faire ce que je veux. Parce que rien n'est tracé, c'est moi qui décide. Tout simplement.

Procédés du discours : Ah image blanche [CF1]. Donc l'image blanche c'est mon futur hein. Je peux en faire ce que je veux. Parce que rien n'est tracé, c'est moi qui décide. Tout simplement. [→ E22 ; A24].

Problématique de la planche : *Sonia semble en difficulté pour fantasmer sans support perceptif mais elle peut néanmoins se projeter dans le futur dans quelque chose d'une idéalisation mégalomaniaque, traduisant une faille narcissique.*

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 ++	E11 +
A12 +	B12 +	CF2	E12
A13	B13 +		E13
A14 ++	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21 +	B21 +	CI3	E21
A22 +	B22 +		E22 +
A23 ++	B23 +	CN – Investissement narcissique	E23 ++
A24 ++	B23	CN1 +	
		CN2 ++	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3 +++	E31
A31 +++	B31	CN4	E32
A32 +	B32 +	CN5	E33
A33 +	B33		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41 +
		CL2 +	E42
		CL3	E43
		CL4	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 ++	
		CM2	
		CM3 +++	

1.5.5. Analyse du protocole du TAT de Sonia

1.5.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole de Sonia est riche et traduit un investissement et une certaine souplesse de la pensée. L'on note en effet des procédés rigides en grand nombre. La description de la réalité externe est ainsi très présente pouvant soutenir une conflictualisation à certaines planches (planche 1) mais échouant le plus souvent dans cette visée. Elle sert alors plutôt l'évitement du conflit (planches 9GF, 11, 13MF, 19). L'on note néanmoins des possibilités de conflictualisation intrapsychiques aux planches 1, 11 et 13B. La réalité interne apparaît également investie à travers des procédés comme l'intellectualisation et la dénégation qui tendent à mettre à distance les conflits psychiques. Ils s'avèrent opérants. L'on note également un grand nombre de procédés de type obsessionnels rendant également compte d'une tentative de mise à distance des conflits psychiques avec l'annulation (planches 5, 7GF et 19), ou encore l'isolation entre les personnages (planche 13MF). L'on note également une prévalence de précautions verbales, hésitations et remâchage, toujours dans une défense face à la sollicitation des planches. La conflictualisation apparaît ainsi évitée.

De même pour les procédés labiles présents également mais dans une moindre mesure. L'on note ainsi la capacité de Sonia à investir la relation et beaucoup de dramatisation à travers des commentaires personnels et des représentations contrastées (planches 1, 2 et 7GF). L'on note cependant l'absence d'affect. L'érotisation des relations est également présente néanmoins cela est toujours en lien avec l'angoisse de perte d'objet (planches 4 et 10). La relation reste également déniée lorsque la sollicitation fantasmatique de la planche risque d'être trop angoissante. C'est le cas à la planche 2 avec un scotome du couple parental.

Les procédés rendant compte de l'évitement du conflit sont également massivement présents avec l'inhibition qui s'associe aux procédés rigides et qui traduit un refoulement face à la fantasmatique des planches. L'on note par ailleurs un surinvestissement de la réalité externe comme évitement massif du conflit aux planches œdipiennes 2 et 9GF. Cela rend compte d'une difficulté de confrontation et d'élaboration de cette problématique. Enfin, les procédés narcissiques sont massivement présents rendant compte d'une problématique narcissique associée. Il s'agit principalement de la mise en tableau et des affects-titres comme protection contre les mouvements pulsionnels et l'impact émotionnel. Ceux-ci sont ainsi évités notamment dans la confrontation aux relations libidinales et dans la confrontation à la perte. Également très présents sont les mécanismes antidépressifs et principalement maniaques. Cela rend compte d'une défaillance d'élaboration de la position dépressive et d'une problématique de perte d'objet chez Sonia.

Quelques processus primaires sont également notés comme le scotome à la planche 2, associés à une désorganisation transitoire du discours sous le poids de la problématique œdipienne. L'on note essentiellement la massivité des représentations renvoyant à la perte d'objet et à l'imgo maternelle archaïque angoissante (planches 3, 11 et 13MF). L'on note également la présence du mauvais objet en la figure maternelle à la planche 9GF.

1.5.5.2. Synthèse des problématiques

La problématique œdipienne n'est pas élaborée ni dépassée par Sonia. Elle la désorganise en effet à la planche 2 et ne peut être traitée. La triangulation œdipienne est déniée par le scotome du couple parental. Le renoncement n'est possible que dans une dévalorisation du couple parental (représenté par « la vie dure ») et entraîne un clivage entre « bon » et « mauvais » objet. L'exclusion du couple parental apparaît ainsi difficilement supportable. La rivalité est également impossible à aborder à la planche 9GF, presque traitée dans la specularité. Enfin, la confrontation à la relation hétérosexuelle potentiellement incestueuse est également évitée par le biais des défenses maniaques. Le traitement de la problématique œdipienne par Sonia est ainsi marqué par un évitement massif de la relation hétérosexuelle qui masque des fantasmes incestueux prégnants et menaçants et une impossible confrontation à la rivalité maternelle qui pourrait conduire à la perte de l'objet.

Il semble que la problématique dominante relève de l'angoisse de perte d'objet et d'une défaillance d'élaboration de la position dépressive. L'affect dépressif est ainsi évité à la planche 3 mais la reconnaissance de la problématique de perte objet entraîne le recours à l'objet drogue et à ses effets dans une impossible confrontation à la représentation de perte d'objet. Cela apparaît plus structuré à la planche 13B où Sonia peut mettre en lien une représentation de solitude avec des affects dépressifs mais qui restent très minimisés (« ennui »). La planche 4 est également marquée par l'angoisse de perte, associée à un évitement massif de la pulsion libidinale à travers des défenses narcissiques. Enfin, la relation de tendresse à la planche 10 se transforme rapidement en relation d'étayage et besoin de réconfort. Cela met en évidence la problématique dépressive chez Sonia, associée à une problématique narcissique majeure à travers l'analyse des procédés du discours. L'impuissance à la planche 1 ne peut d'ailleurs pas être dépassée et engendre un vécu dépressif. La planche 16 vient également mettre en exergue les défaillances narcissiques de Sonia.

L'on ne note pas de problématique identitaire chez Sonia. Les personnages sont également dotés d'une sexualité.

La confrontation à la figure maternelle à la planche 7GF rend compte d'une impossible identification à la mère. Par ailleurs, c'est la question du rejet sur fond d'agressivité qui domine avec une représentation maternelle persécutrice. Celle-ci domine également à la planche 11 entraînant une instabilité des limites et impliquant alors des défaillances de l'objet interne et une porosité des limites dedans-dehors.

1.5.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Sonia

L'on repère des mécanismes de défense hétérogène chez Sonia. L'on note une prévalence de mécanismes rigides tels que la rationalisation, l'intellectualisation et le recours aux précautions verbales. L'on repère également un besoin très important de maîtrise et une lutte contre la passivité associée. Sonia utilise beaucoup de détails et d'exemples pour expliquer plus que justifier ses propos et semble prendre beaucoup de plaisir à développer ses dires. Le besoin d'étayage face à l'émergence des processus primaires est également prégnant. Cette dernière signe la difficulté à élaborer et à gérer les mouvements pulsionnels désorganisés. Néanmoins, l'appui sur l'étayage permet de maintenir une certaine secondarisation, de même que le recours aux procédés rigides qui lui permettent de « se rattraper ». Le besoin d'étayage se repère par ailleurs tout au long du discours. Elle fait ainsi beaucoup référence à son conjoint au regard des autres pour appuyer ses pensées et ressentis et se réfère également aux normes extérieures. L'on note également une tendance à l'inhibition dans un évitement du conflit. La verbalisation d'affects est possible mais avec un risque de désorganisation du discours par moment. Sonia a beaucoup recours à la mise en dialogue, traduisant la dramatisation. L'on repère également des représentations contrastées mais avec toujours une difficulté à remettre en cause certains objets comme son conjoint. Les représentations négatives sont par ailleurs mises à distance. L'on repère également des tendances régressives et infantiles chez Sonia lorsqu'elle évoque son enfance ou le temps de la grossesse. Enfin, Sonia gesticule beaucoup au cours de l'entretien signifiant le besoin de décharger par l'acte et le comportement, ce que l'on peut associer aux mécanismes addictifs.

Les deux protocoles des tests projectifs rendent également compte d'un fonctionnement psychique hétérogène. Le Rorschach met en évidence une problématique des limites avec

notamment une perturbation du rapport à la réalité et des processus de pensée par l'envahissement fantasmatique notamment dans la confrontation au monde extérieur menaçant et à la régression. Malgré tout, Sonia est en capacité de « se reprendre » à certaines planches ainsi que d'investir la pensée dans la créativité. Par ailleurs, l'on note l'investissement de la relation ainsi qu'une gestion possible des mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux. Le Rorschach met également largement en évidence la problématique dépressive de Sonia. La relation à la figure maternelle est marquée par un défaut d'élaboration du processus de séparation-individuation et une imago menaçante. L'on note également certains éléments pouvant rendre compte d'une problématique plus névrotique de castration. La confrontation aux planches phalliques paternelles est désorganisante avec une confusion entre fantasmes et réalité. La relation hétérosexuelle apparaît d'ailleurs évitée au TAT car menaçante du fait des fantasmes incestueux majeurs sous-jacents et de la porosité des limites entre fantasmes et réalité.

Le recours aux procédés rigides est massif dans le protocole du TAT et s'articule essentiellement à l'évitement du conflit. Des procédés labiles sont notés en moindre quantité. Ils rendent compte de l'investissement et de l'érotisation des relations, bien que ce dernier processus vienne plutôt mettre en évidence l'angoisse de perte d'objet. Les procédés narcissiques et maniaques, très présents, traduisent la présence d'une problématique narcissique dépressive. La problématique de perte d'objet est ainsi dominante chez Sonia, associée à un mode relationnel de type anaclitique.

La grossesse « *accident* » de Sonia et le choix de la mener à terme semblent s'inscrire dans un contexte de remaniements psychiques étroitement liés au décès de son père. La mort de ce dernier semble avoir permis de limiter le poids de fantasmes œdipiens incestueux et de rivalité maternelle jusqu'à lors massifs, liés notamment à une figure maternelle excitante, lui permettant de mener à bien cette grossesse. Par ailleurs, le décès de son père a entraîné une réduction importante des consommations qui ont été arrêtées complètement pendant la grossesse malgré le maintien du traitement de substitution aux opiacés et du cannabis. Des mouvements pulsionnels et fantasmatiques bien moins menaçants ainsi qu'une possible élaboration partielle de la perte ont ainsi favorisé des remaniements psychiques ayant conduit à un désinvestissement (partiel) des produits pour réinvestir la relation objectale (couple) bien qu'elle reste marquée par l'anaclitique. Un long travail thérapeutique sur la relation à sa mère a également pu favoriser la réorganisation des relations objectales, la séparation à la mère, par

l'élaboration préalable de certains conflits psychiques relatifs aux relations précoces, permettant du même coup un accès à un statut plus mature, au « devenir femme » et probablement à la grossesse et au devenir mère. Les conflits qui se jouent avec l'extérieur et leur progressive élaboration ainsi que la centration de Sonia sur sa propre famille, favorisés par la grossesse, traduisent la poursuite du travail de réaménagement des relations à la mère et du conflit narcissico-objectal. Cela permet potentiellement l'accès à une nouvelle organisation psychique pour Sonia.

La grossesse s'avère ainsi elle-même également source de changements, tant au niveau d'une décentration des consommations de drogues entièrement stoppées (avec maintien du traitement de substitution) qu'au niveau d'une responsabilisation. L'on peut ainsi penser que la grossesse a entraîné un renflouage narcissique suffisant. Sonia se centre également sur le bien-être de l'enfant qu'elle attend, reconnu comme un être d'altérité très rapidement, au point où nous nous questionnons sur la menace que peut peser la relation fusionnelle pour Sonia. Cela s'avère corroboré dans l'évitement et l'angoisse face à la relation fusionnelle après la naissance notamment dans les difficultés autour de l'allaitement au sein et l'insistance sur le fait de ne pas être « *trop câline* ». Ces dernières difficultés peuvent également avoir trait à la reviviscence des fantasmes œdipiens incestueux.

En effet, les modifications corporelles et les premières sensations induites par la présence de l'autre en soi dont les mouvements fœtaux ont d'abord été difficilement vécues par Sonia. L'émergence pulsionnelle et représentationnelle induite par l'état de grossesse, potentiellement effractante, a pu venir menacer le sentiment de continuité d'existence. De même que la confrontation à la passivité qui semble plus renvoyer à un vécu de passivation pour Sonia dans la mesure où le besoin de maîtrise et de contrôle est prédominant chez elle avec la nécessité d'être en permanence dans l'agir comme lutte contre des représentations ou affects angoissants et potentiellement effractants. Néanmoins, des remaniements psychiques rendant compte d'un réaménagement objectal ont pu s'élaborer puisque les mouvements fœtaux ont progressivement représenté un support de communication et de relation avec sa fille. Cela rend compte de la construction progressive d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec le bébé.

Néanmoins, les représentations concernant le bébé à naître étaient marquées par des angoisses relatives au syndrome de sevrage néonatal associées à des représentations mortifères, l'empêchant de se projeter au-delà de la naissance. Le fait que Sonia ne puisse se projeter au-delà de la naissance n'empêche cependant pas qu'elle anticipe cette dernière. Par ailleurs, sa fille est également identifiée, sur un versant plus négatif, à la propre mère de Sonia.

Le processus du « devenir mère » est bien mis en évidence par Sonia et se repère notamment à travers un réaménagement des relations et des places générationnelles. Cela éclaire parfaitement la réactualisation et la tentative d'élaboration des conflits (objectaux et narcissiques) favorisées par la grossesse, qui semblent néanmoins projetés sur l'extérieur avec une tentative de résolution dans la réalité. Cela n'empêche cependant pas que ce mécanisme se joue également en intrapsychique. Sonia évoque un cheminement interne vers la maturité, le passage d' « enfant » à « adulte responsable », « femme » et « parent ». Le processus de parentalité semble avoir largement contribué à ce cheminement.

La grossesse a également entraîné une évolution dans la dynamique du couple. Elle est alors venue réinterroger les relations et les bases du couple qui étaient, jusqu'à lors, organisées autour de la drogue. Son conjoint est par ailleurs introduit spontanément dans son discours et dans les relations avec leur fille.

Dès la naissance, sa fille fait l'objet de représentations exclusivement positives. Elle est investie très positivement et reconnue dans son altérité et son individualité. La thématique « drogue » reste cependant également très présente dans les représentations à travers des angoisses de maladie rattachées à la représentation d'un bébé « fragile » du fait du recours au traitement de substitution pendant la grossesse, et ce bien qu'Emilie n'ait pas présenté de syndrome de sevrage néonatal. Le bébé occupe également une fonction manifeste de « pare-droge » puisqu'elle représente le frein principal aux consommations. Elle occupe par ailleurs une fonction antidépressive importante pour sa mère, tout comme la drogue. Malgré tout, elle ne remplace pas complètement l'objet-droge, probablement du fait de la dimension objectale inhérente à la relation.

En effet, les consommations d'héroïne ont repris après la naissance d'Emilie mais sont majorées lors du dernier entretien. Cela a trait à un conflit narcissico-objectal majeur lié à son choix de se centrer sur sa fille et son développement en ne reprenant pas le travail. Cela s'articule à un désir d'être une mère « idéale », de ne rien « manquer » et que sa fille ne « manque » de rien notamment du point de vue affectif. Cela nous renvoie également à un « sacrifice », une dette à payer du fait qu'elle a « beaucoup profité » avant et du fait de son sentiment de culpabilité pour avoir été sous traitement pendant la grossesse. Cela traduit également une tentative de réparation fantasmatique de sa propre enfance à travers sa fille. Néanmoins, cela représente une attaque pour son propre narcissisme. La confrontation à l'ennui renvoie Sonia à un vide interne qu'il faut combler. Cela s'articule à une défaillance des processus transitionnels. La centration sur sa fille peut représenter une menace pour son

narcissisme face à un risque d'engloutissement. Cela peut-être en lien avec la relation de dépendance de sa fille à elle qui fait écho à sa propre relation de dépendance anaclitique. En effet, le besoin de cadre fait écho au besoin d'étayage très marqué de la part de son conjoint ou de nous-même au cours de l'entretien et traduit la dépendance à l'environnement. L'ambivalence est ainsi massive. Les consommations majorées de drogue peuvent ainsi traduire la défense contre ce conflit narcissico-objectal.

Son conjoint représente un étayage manifeste pour Sonia dans la relation à sa fille et dans son nouveau rôle de mère. Elle évoque également un « *regard extérieur* » à la relation fusionnelle mère-bébé qui a pu venir temporiser et la contenir. Il la requalifie et la rassure dans ses compétences maternelles. Etre mère apparaît cependant valorisant pour elle dans la mesure où Emilie est un bébé gratifiant. Elle attache une grande importance à l'écoute des besoins de sa fille et se décrit comme base de sécurité pour cette dernière. Néanmoins, ses compétences maternelles apparaissent ainsi moins manifestes aux yeux de Sonia, puisqu'elle a du soutien et que sa fille est une enfant « *facile* ». Cela vient mettre en évidence la représentation dévalorisée d'elle-même et la grande fragilité narcissique qui transparait finalement tout au long des entretiens. Sonia se compare également toujours beaucoup à son conjoint idéalisé dans une dépréciation d'elle-même.

Comme lors de la grossesse, Sonia met en avant l'évolution positive de leur relation et de leur dynamique de couple depuis la naissance d'Emilie qui s'est décentrée des consommations de drogues. Il leur a donc fallu réorganiser leur couple autour d'une nouvelle dynamique et de nouvelles attentes et représentations communes. Cela s'avère finalement plus difficile au dernier entretien où le couple conjugal semble relégué au couple parental uniquement. Leur fille est ainsi porteuse de représentations idéalisées et de promesses pour l'avenir. Les représentations et les attentes inconscientes attachées à cette enfant sont massives.

L'objet-drogue, en plus d'une fonction d'évitement des fantasmes œdipiens et mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs menaçants associés, a toujours occupé une fonction antidépressive majeure pour Sonia qui s'est déplacée sur sa fille sans pour autant que cette dernière ne remplace l'objet-drogue du fait du conflit narcissico-objectal remis en jeu par son altérité. Les produits sont également associés à une dimension plaisir majeure. L'on repère également un déplacement d'une fonction d'évitement des soucis à une béquille, un objet de médiation dans les relations aux autres. La représentation des consommations occasionnelles est par ailleurs opposée à une véritable dépendance, signant ainsi un déni de la part de Sonia. Le travail d'élaboration autour des relations précoces au sein d'une psychothérapie, de même

que les remaniements psychiques liés au décès de son père puis autour du processus de séparation-individuation pendant la grossesse, ont néanmoins favorisé un décentrement à l'égard des produits et une modification de la relation objectale qui s'avère cependant toujours potentiellement menaçante lors d'une trop grande proximité.

1.6. CHLOE

1.6.1. Analyse clinique des entretiens de recherche de Chloé

1.6.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 de Chloé

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Nous rencontrons **Chloé** pour la première fois à son domicile. Elle est âgée **de 27 ans** et enceinte de sept mois. Elle attend son **premier enfant, un petit garçon**. Elle vit **en couple avec le père** de ce dernier. Chloé est une grande et jolie jeune femme, très fine presque maigre. Elle est vêtue d'un pantalon ample et d'un tee-shirt qui met en valeur son ventre arrondi. Elle est maquillée et porte des bijoux. Elle porte également des lunettes.

Chloé était sous **traitement de substitution avant la grossesse** malgré une **rechute des consommations d'héroïne un an auparavant**. Elle consomme également du **tabac**.

Nous nous installons dans sa cuisine ouverte car elle doit surveiller des cuissons. Elle travaille en effet comme traiteur avec son conjoint le weekend. Cela sera l'occasion pour elle de bouger au cours de l'entretien. Il nous semble en effet qu'elle a du mal à rester « sans rien faire ». Elle va également se rouler et fumer trois cigarettes au cours de l'entretien qui va durer une heure et demie. Un membre de sa famille va également passer pendant l'entretien, nous obligeant à le stopper quelques minutes pour reprendre ensuite.

Chloé est très accueillante et insiste sur son intérêt pour notre recherche et l'importance pour elle d'y participer pour faire « changer les choses ».

HISTOIRE DE VIE

Une place centrale au sein du couple parental

Chloé évoque son enfance en termes de bons moments à trois avec sa mère et sa sœur. Il n'est pas question de son frère ou de son père. Elle explique que ses parents ne s'entendaient pas lorsqu'elle était petite et qu'il n'y avait pas d'amour réciproque dans le couple parental. Chloé y occupait une place centrale en tant que « *conseillère du couple* » et plus particulièrement auprès de sa mère. L'on repère d'ailleurs une indifférenciation entre elles dans son discours. Chloé faisait alors fonction de « *protectrice* » et de « *complice* » auprès de sa mère vis-à-vis de son père. Les relations avec ses parents sont alors marquées par l'absence de la différence des générations, un climat potentiellement incestuel et une prégnance des pulsions voyeuristes. Chloé est « dans la chambre des parents ». Ainsi, « *c'est moi qui ai appris qu'il trompait ma mère et c'est moi qui ai dû le dire à ma mère, parce que ma mère avait des*

*soupçons et du coup je m'étais renseignée, j'avais regardé sa boîte mail tout ça (...) et je lui ai dit non « mais là si, papa, tu, je l'ai lu, prend, prend ton courage à deux mains, tu NOUS le dit quoi » ». La séparation du couple parental a été alors actée. Il apparaît très clairement que Chloé elle-même s'est sentie trahie comme pourrait l'être la femme du père, dans une identification à sa mère. D'autant que Chloé n'a plus eu de contacts avec son père depuis cet épisode alors que son père quittait sa mère sans qu'il soit question de rompre les liens avec ses enfants. La fonction « *protectrice* » à l'égard de sa mère pourrait alors s'inscrire comme contre-investissement des désirs matricides et de la culpabilité œdipienne et dans une identification à la « femme trompée ».*

L'ambivalence entre crainte et désir de retrouvailles avec le père

Aujourd'hui Chloé se pose la question d'annoncer ou non sa grossesse à son père. En ayant recours à un dessin animé en tant qu'objet de médiation (« La Petite Sirène »), elle peut évoquer son émotion et ses regrets concernant sa relation avec lui. Cela n'a pas trait uniquement à la rupture suite à la séparation de ses parents mais au sentiment d'avoir « *manqué* » d'un père : « *Mon père était vachement absent, il n'a pas été là pour nous !* », « *J'ai eu un vécu où j'ai manqué d'un père... et je ne veux pas du tout... parce que ben c'est peut-être pour ça aussi que je suis tombée dans la drogue, hein, ça y joue, je pense. J'ai pas eu d'autorité parentale du côté de mon père.* ». Elle met ainsi en cause l'absence paternelle dans le début de ses consommations et sa dépendance à la drogue. L'on repère cependant une ambivalence massive entre désir de retrouvailles avec son père à son initiative et crainte d'être à nouveau déçue et de souffrir.

L'on retrouve ainsi chez Chloé la représentation d'un père absent et dévalorisé et une mère idéalisée comme souvent chez les sujets toxicomanes.

Rencontre avec les produits et histoire des consommations

Chloé met également en cause dans l'origine de sa problématique addictive, les comportements de sa sœur aînée à l'adolescence. Elle exclut en revanche sa mère que sa sœur semble au contraire identifier comme source principale de leur appétence et de leur dépendance aux produits. En effet, chaque enfant de la fratrie (sa sœur, son frère et Chloé) sont dépendants à une substance depuis leur adolescence (respectivement alcool, cannabis et héroïne). Que se joue-t-il autour du choix et des différences de produit entre les deux sœurs et le frère ? Cela met en évidence une problématique familiale (transgénérationnelle ?) puisque tous les enfants présentent une problématique addictive. Chloé remet en question et critique âprement son frère

et sa sœur en lien avec leur dépendance mais il n'est nulle question de la sienne propre et des conséquences que cela a pu avoir. Par ailleurs, Chloé se différencie de sa sœur à travers l'objet de dépendance et ses effets. L'alcool, dont sa sœur est dépendante, occupant la place de mauvais objet depuis l'adolescence ce qui lui permet de minimiser les conséquences de l'héroïne.

Les représentations sont extrêmement massives à l'égard de sa sœur avec des fantasmes de dévoration et de destruction orale (« *Elle me bouffait* »). Sa sœur est représentée comme envahissante, occupant trop de place, ne lui laissant pas la sienne, ne lui permettant pas d'avoir une adolescence « normale ». Chloé occupait également la place et le rôle de « *gardienne* » auprès de sa sœur, de « *protectrice* », de responsable et ne semblait pouvoir exister autrement que dans ces rôles et fonctions. Cela fait écho à sa place auprès de leur mère. Cette « *protection* » se manifestait d'ailleurs, pour l'une et l'autre, particulièrement à l'encontre des hommes, mauvais objets (le père, les hommes qui étaient attirés par sa sœur), probablement comme contre-investissement défensif de ses propres désirs.

La drogue a alors représenté le moyen de « *se libérer de tous ces problèmes-là* » au lycée. Elle apparaissait comme le seul moyen pour Chloé de se distancer des problématiques familiales et du rôle qu'elle avait endossé comme « *protectrice* » des femmes de la famille (mère, sœur). Cela représentait également un moyen de se séparer. Il s'agissait dans un premier temps de consommations « *festives* » de stimulants (ecstasy, MDMA, cocaïne) « *dans les soirées techno* ». Elle a ensuite commencé à consommer de l'héroïne avec un ex-conjoint par « *envie* » et curiosité malgré la connaissance des effets délétères. La dépendance s'est installée progressivement en étant déniée par Chloé : « *J'en ai pris une fois, et le lendemain je ne me suis pas sentie mal, je me suis dit « faut vraiment y aller pour être accro », et c'est venu comme ça au fur et à mesure. Mais j'ai été longtemps dans le déni, à me dire « non, non je suis pas accro » ».*

Chloé a ensuite rencontré son actuel conjoint qui n'était pas dans les consommations. Il est alors idéalisé par sa force de caractère face au refus à l'égard des produits. C'est la rencontre avec cet homme qui « *avait une situation* », avec qui elle pensait « *à un avenir avec lui* » et qui l'a « *tirée vers le haut* » qui a été à l'origine d'un « *déclat* » : « *il faut que je me mette bien : je vais prendre un traitement* ». Chloé explique que son conjoint a été d'un grand soutien malgré les rechutes essentiellement liées, selon elle, aux fréquentations et la facilité à s'en procurer puisqu'« *on se reconnaît entre toxicomanes... c'est un peu marqué sur notre front (rire)* ». Cela l'inscrit dans un groupe d'appartenance, une communauté.

Chloé identifie bien la fonction de la drogue. Il s'agissait ainsi d'éviter les sentiments négatifs, les angoisses, les conflits, les difficultés du monde extérieur et le mal-être qui en

résultait ainsi, très probablement, que le poids des fonctions de protections des femmes de la famille dont elle était porteuse : « *J'étais pas bien ce jour-là, j'étais énervée, j'étais triste, y avait quelque chose... c'est vraiment parti* » là, faut que j'ai la tête ailleurs, faut que je me défoule, faut que je prenne une grosse ligne et puis hop c'est bon on me foutra la paix. Pour moi, c'est ça, c'est pour être ailleurs, pour oublier les problèmes des autres, oublier les problèmes de ma sœur et de mon frère... quand ma mère n'allait pas bien... j'étais dans le déni, ça me mettait dans le déni, c'était ça, c'était ça ! ».

Des sentiments semblables, liés à des problèmes de couple, ont entraîné une rechute dans les produits. Il apparaît alors pour Chloé le besoin d'être actrice de la séparation plutôt que de risquer d'être abandonnée passivement. Par ailleurs, la séparation avec son conjoint n'a pu avoir lieu qu'après un passage à l'acte : une aventure avec un autre homme. L'on a le sentiment qu'elle avait besoin de passer par l'acte pour pouvoir identifier ses sentiments et/ou pour avoir une « bonne » raison de quitter son conjoint. La séparation et ses propres sentiments semblent ainsi être difficilement élaborables pour Chloé. L'on se questionne alors sur la place occupée par son conjoint. En effet, la rencontre et la relation ont permis l'investissement dans un suivi et la mise en place du traitement de substitution puis l'arrêt de toutes consommations (dont le traitement pendant deux ans). En revanche, des conflits au sein du couple ont entraîné une reprise des produits. Peut-on alors penser que son conjoint a pu se substituer à l'objet-drogue ? Cela met en évidence une fragilité affective et narcissique. Les assises narcissiques sont garanties par l'autre mais un trouble dans la relation à cet autre entraîne la rechute. Par ailleurs, cet homme avec sa situation stable et plus âgé qu'elle nous renvoie à une figure paternelle dont a manqué Chloé.

Après la rupture, grâce au secours d'un ami lui-même suivi en CSAPA, Chloé a décidé de réentamer un suivi et un traitement de substitution toujours en cours aujourd'hui. Le couple s'est remis ensemble six mois après. S'en est suivi le projet d'avoir un enfant. Celui-ci a-t-il pu avoir en partie fonction de réparation du couple ou d'objet pour combler la relation au conjoint décevante ? Chloé évoque cependant un désir du couple.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

L'actuelle grossesse était désirée. Chloé évoque une précédente grossesse trois ou quatre ans auparavant « *Mais j'avais avorté parce que j'étais pas du tout prête et en plein dans la drogue* ». Les représentations de Chloé s'avèrent contrastées à l'égard de l'actuelle grossesse entre le désir de « *ne pas avoir un bébé avec un traitement à la naissance* » et son avancée en

âge (« *Mais j'avance en âge et je ne voulais pas trop attendre non plus* »). Elle élude finalement le conflit psychique par la rationalisation en s'appuyant sur les propos de son addictologue. Le désir d'enfant apparaît ainsi au premier plan.

Chloé a eu connaissance de sa grossesse par l'intermédiaire des perceptions et de la sensorialité, ainsi investies. Sa connaissance a entraîné des sentiments très positifs : « *très très bien, au contraire, j'étais très contente. Suite à mon avortement d'avant, j'avais peur que ça ait des conséquences, que je n'arrive pas à en avoir. Forcément et heu du coup ça m'a rassurée* ». Ainsi, au-delà de la grossesse et du désir d'enfant, il était aussi question de se rassurer sur ses capacités de procréation, savoir si tout fonctionnait bien à l'intérieur. L'on repère également un fantasme de stérilité comme « *conséquences* » de cet avortement sur sa fécondité. Cela aurait pu représenter une « punition » face à cette première grossesse non menée à terme. Le fait d'avoir supprimé et retiré le fœtus de son corps aurait pu entraîner des séquelles physiques sur ses organes. Cela pourrait également avoir trait au fantasme de destruction de l'intérieur du corps par la mère en représailles du vol de ses propres contenus. La première grossesse pourrait ainsi renvoyer à l'enfant incestueux fait au père trop menaçant en écho avec la place occupée par Chloé au sein du couple parental à l'adolescence.

Lorsque nous l'interrogeons sur le vécu de cette grossesse, c'est la question des produits et du traitement qui domine puisque la grossesse « *se passe très bien* » dans la mesure où « *j'ai pas eu de manque, ni d'envie, non, non, c'est vraiment derrière moi* ».

L'intégration progressive des remaniements psychiques et mouvements pulsionnels inhérents à la grossesse

Chloé a été « *très malade* » au début de la grossesse : « *Je pouvais rien manger, j'avais la tête qui tournait, j'étais fatiguée, fatiguée, fatiguée* ». Bien entendu le vécu négatif de ce début de grossesse est centré sur le sensoriel et le percept. Chloé a attribué cet état au traitement de substitution et non véritablement à la grossesse dans une forme de « confusion des sensations ».

Les changements corporels, physiques inhérents à la grossesse étaient par ailleurs « *vachement appréhendés* » par Chloé : « *je suis pas de nature grosse et j'avais peur de me voir grosse. Euh j'avais peur de mal réagir, de ne pas accepter mon corps mais vu que bon ça pousse petit à petit...* ». La formulation est intéressante puisqu'elle dit avoir peur de « *se voir* » grosse et non de l'être. Cela renvoie à la représentation qu'elle a de son propre corps et à son image corporelle. La grossesse vient en effet mettre en jeu chez Chloé un corps déformé et représente dès lors une attaque narcissique. Cela participe à l'ambivalence très présente à travers

notamment des défenses rigides. Il semble d'ailleurs que le corps de Chloé n'ait pas changé pendant les premiers mois puisque son entourage lui renvoyait que ça ne se voyait pas qu'elle était enceinte. Cela était à la fois rassurant face à sa crainte de changements physiques mais rapidement source de vexation.

Les mouvements fœtaux ont également été source d'un vécu d'étrangeté pour Chloé dans un premier temps : «*Ça fait bizarre au début* ». Le fait que le bébé bouge semble aujourd'hui source de réassurance par rapport à sa santé et à sa vitalité : «*Tiens, c'est bizarre il bouge pas. (...) C'est inquiétant* ». Malgré tout, elle ajoute : «*Jusqu'à maintenant ça me dérange pas trop trop* ». Cela implique alors que ces mouvements et les ressentis qui en découlent sont encore vécus difficilement par Chloé, dérangeants et peut-être menaçants.

L'apparition tardive et amoindrie de changements physiques liés à la grossesse, le sentiment de bizarrerie qui perdure et la difficulté à accepter complètement les mouvements fœtaux ainsi que les représentations mortifères du début de grossesse («*quand j'étais malade, la peau pleine de boutons, les cheveux gras. J'étais faible, des cernes euh à mourir. Vraiment pas bien du tout*») mettent en évidence une difficulté à intégrer les remaniements psychiques et les mouvements pulsionnels induits par la grossesse. Il nous semble que le sentiment de continuité d'existence et le narcissisme de Chloé sont à la fois menacés par l'émergence pulsionnelle et représentationnelle du premier trimestre de grossesse notamment et par la différenciation de l'autre en soi impliquant la fin de la fusion narcissique du début de grossesse, un vécu potentiel d'intrusion mais également la perte. L'absence de changements pourrait traduire un rejet, une résistance contre la reconnaissance de la présence d'un autre en soi et ainsi contre la différenciation. Il nous semble néanmoins que les remaniements psychiques et les mouvements pulsionnels propres à la grossesse ont pu être, au moins partiellement, élaborés et intégrés par Chloé puisqu'elle explique que «*à partir de quatre mois et demi, c'était bon, je pétais le feu. Il me fallait du temps moi de toute façon* ». Ce serait une manière de dire qu'il lui fallait du temps pour s'approprier cette grossesse, pour l'accepter et accepter l'intrusion d'un autre en soi. Ce que les manifestations physiologiques (vomissements) corroborent. Par ailleurs, Chloé met ces ressentis négatifs du début de grossesse en opposition avec ses ressentis actuels où «*limite je me sens mieux, limite mannequin quoi. Je me trouve vraiment bien dans ma peau* ». Néanmoins, le terme «*limite*» répété plusieurs fois, pourrait laisser entendre que cela reste justement limité. L'idéalisation de sa représentation physique pourrait représenter une défense mieux élaborée face à l'ambivalence relative à l'autre en soi et aux reviviscences et mouvements pulsionnels qu'il entraîne. Nous revenons également sur la formulation «*je me sens bien dans ma peau*». Pourrait-il s'agir de se sentir bien dans son «*enveloppe*», qui n'est

plus menacée par l'intrusion de l'autre en soi, les limites étant claires entre soi et l'autre, terme dont elle use beaucoup par ailleurs ? Ou bien justement l'utilisation de ce terme a pour but d'assoir, d'appuyer ces limites ? Le « blanc de sensation et de changements physiques » du début de grossesse aurait ainsi facilité l'intégration des mouvements pulsionnels effractants. Malgré tout, sentir le bébé bouger est également perçu positivement puisque « *c'est un échange avec le papa* ». Celui-ci est d'ailleurs régulièrement introduit spontanément par Chloé. Cela représente un élément prédictif positif pour l'instauration du tiers paternel par la suite, après l'accouchement.

La difficile confrontation au vécu de passivité

La grossesse implique également un vécu massif de passivité face aux changements physiques, corporels et psychiques. Cela semble d'autant plus menaçant pour Chloé qui est toujours dans l'activité, ce que l'on note d'ailleurs au cours de l'entretien : elle se lève régulièrement pour aller voir sa cuisson, allumer une cigarette, cherche un gâteau à grignoter. Elle gesticule beaucoup en tapant par exemple sur la table comme pour appuyer ses dires. Cela est d'autant plus massif lorsqu'elle évoque son enfance et les relations avec sa famille. Cela traduit un besoin de décharge dans l'agir de représentations et/ou affects potentiellement désorganisant et non élaborables et traduit une difficulté à élaborer ses ressentis. Le vécu de passivité pourrait la renvoyer à un vécu de passivation (Green, 1990, 1999) alors menaçant pour son intégrité psychique. Cela s'articule avec des sentiments dépressifs, de vide, de solitude semble-t-il présents en permanence mais majorés pendant la grossesse et difficiles à supporter pour Chloé. L'agir ne suffit pas à mettre à distance ce vécu pendant la grossesse puisque Chloé se réfugie chez sa mère : « *Je préfère autant être avec ma mère que toute seule à me morfondre quoi* ». Le besoin d'un objet d'étayage est ainsi prévalent signant une relation anaclitique. Chloé ne peut faire face, seule, à des ressentis et représentations angoissantes, traduisant la fragilité de ses objets internes. La passivité induite par la grossesse peut entraîner le sentiment d'une perte de contrôle angoissant pour Chloé. L'angoisse de la solitude est également notée.

Investissement et représentations de l'enfant à naître

La connaissance du sexe de son enfant, masculin, a également été un épisode marquant de la grossesse de Chloé. En effet, Chloé se projetait avec une fille : « *je m'étais imaginé ma petite fille et la chambre rose, machin, tout ce qui va avec euh, les vêtements que j'allais récupérer de ma sœur parce qu'elle a deux filles... nin nin ni. (...) Fin, on se fait tout un truc en tête.* ». Il s'agissait alors de faire le deuil de l'enfant imaginaire autant que du double

narcissique de soi, amenant au premier plan la différenciation. Lorsqu'elle a appris qu'il s'agissait d'un garçon, se sont mêlées joie et déception. Son conjoint, en revanche « *était aux anges, super heureux, il a crié en sortant, « j'ai un garçon, j'ai réussi à faire un garçon »* ». Avoir un garçon est ainsi une fierté pour lui dans un investissement phallique-narcissique.

Chloé formule des désirs concernant le physique de son fils dans une identification ou une différenciation par rapport à elle et son conjoint lorsqu'ils étaient enfants et ce qu'ils sont aujourd'hui : « *donc oui je l'imagine un peu mais c'est encore un peu flou quoi* ». Concernant son caractère, elle exprime le souhait qu'il n'ait pas celui de son père, « *dur* ». Cela implique une représentation plus négative de son conjoint. Chloé insiste aussi sur le fait de « *créer un lien* » avec son bébé in utero par le biais de la sensorialité. Cependant, cela concerne essentiellement le lien entre son fils et ses proches : « *Quand il bouge, je vais partager, je vais faire « tiens mets ta main » pour créer un peu le lien* ». Elle souhaite ainsi déjà intégrer son fils à son futur environnement social ainsi qu'une certaine reconnaissance de son existence. Néanmoins, ce besoin de « partager » des mouvements fœtaux vécus de manière relativement négative ne traduit-il pas également un besoin de réassurance de sa part ? L'accent porté sur la création d'un lien avec le bébé dès la grossesse semble particulièrement s'adresser au père du bébé, peu investi et dont nous reparlerons. Chloé construit par ailleurs sa relation avec lui par le biais du matériel : « *Quand je vois ce que je peux acheter et ce que je peux faire dans sa chambre, prévoir ceci, prévoir cela. Pour moi, le lien se fait déjà là. Je pense déjà à lui. Je pense pour lui déjà, je pense plus pour moi.* ». L'anticipation de ce bébé imaginaire et la capacité à réaménager ses fantasmes à l'égard du bébé attendu signe la création d'un espace psychique maternel où le bébé existe puisqu'il est pensé. Néanmoins, il nous semble que cela reste modéré, notamment en lien avec la difficulté à toujours intégrer les changements physiques et les mouvements fœtaux garants de la différenciation de l'autre en soi et du retour de la temporalité.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MÈRE

Lorsque nous la questionnons sur sa représentation d'elle-même en tant que mère, elle introduit d'emblée la différenciation par rapport à sa propre mère qui est perçue, comme son père, comme n'étant pas assez ferme, insistant sur un manque de « *cadre* » qui fait également écho au manque « *d'autorité paternelle* » lorsqu'elle évoque l'absence de son père. Ses deux parents apparaissent comme insuffisamment contenant notamment à l'adolescence où Chloé fait le lien avec le début des consommations de chacun des membres de la fratrie. Cela nous renvoie à la question des limites, autant externes qu'internes qui semblent fragiles chez Chloé

de par son insistance sur ce terme. Elle évoque ces consommations en termes de « *conneries* » dans une minimisation. Au-delà de la question de limites manquantes ou floues, nous repérons un vécu abandonnique chez Chloé. Elle se pose alors en opposition de ce fonctionnement familial avec son propre fils. Sa représentation en tant que mère directement influencée par son propre vécu en tant que fille et son histoire. Nous faisons par ailleurs le lien entre ce vécu abandonnique et son sentiment d'avoir été « délaissée » par son conjoint qui a conduit à une rechute des consommations d'héroïne. La drogue pourrait alors avoir également eu fonction de combler illusoirement le manque affectif et le sentiment de perte dès le début de la dépendance.

Sa mère représente néanmoins, sur certains points, un modèle identificatoire : « *Son côté doux, gentil, se priver pour son enfant, euh, ça c'est ma mère tout crachée. J'veux dire euh, elle a... on manquait de rien... elle se serait... elle se serait privée de manger pour nous, quoi et euh... je pense et j'espère je serai comme ça aussi, à pas être égoïste* ». Chloé se décrit d'ailleurs comme une personne « *toujours là pour les autres. Je tiens ça de ma mère je pense, ma mère est comme ça ! Toujours s'occuper des autres et moins s'occuper de soi.* ». Cela vient mettre en exergue une certaine fragilité narcissique ainsi que, probablement, le contre-investissement de mouvements plus agressifs. La question du manque, de la privation revient régulièrement dans le discours de Chloé. L'on repère également une identification possible à sa mère et à sa sœur, mère de deux enfants, en tant que mères, autrement dit aux figures maternelles.

Par ailleurs, Chloé vient de terminer une formation pour être assistante maternelle, comme sa mère et sa sœur avant elle. Cela est en partie liée au fait que son conjoint part à la semaine pour son travail et qu'elle-même occupait un poste où elle était souvent en déplacement. Elle « *veut pouvoir garder son fils, l'élever et en même temps travailler* ». Cela peut-il également relever d'une difficulté à se séparer de lui ? Chloé évoque justement la nécessité de « *penser à m'aérer la tête quoi (...) parce que sinon ça va être..., je vais me sentir trop renfermée. (...) Même pour mon fils ! Euh de trop le couvrir, qu'on soit tout le temps ensemble. Faut que j'arrive à me dire qu'il faut pas que je sois tout le temps sur lui, qu'on se détache un peu quoi* ». Elle introduit alors son conjoint comme tiers séparateur mais plutôt dans une fonction de relais auprès du bébé pour qu'elle puisse « *souffler* ». L'on repère ainsi à la fois une angoisse de séparation à l'œuvre chez Chloé et une angoisse d'étouffement de son fils mais également d'elle-même par son fils. L'on repère ainsi un conflit, une ambivalence face au devenir mère qui vient remettre en cause son indépendance et donc remettre en jeu la dépendance, problématique centrale chez Chloé.

COUPLE PARENTAL ET PERE DU BEBE

La présence/absence paternelle comme répétition inconsciente de son histoire dans un désir de réparation

Il ressort du discours de Chloé que son conjoint est assez peu investi dans la grossesse malgré sa présence à la plupart des échographies. Chloé rationalise beaucoup pour limiter les représentations négatives à son égard mais les représentations restent contrastées puisqu' « *il fait tout pour nous, hein, il se tue au boulot pour nous, pour qu'on manque de rien, mais bon... On manque de rien, là-dessus, je vais pas critiquer quoi, mais (...) C'est vrai que des fois il n'arrive pas à se poser pour nous.* ». Chloé regrette ainsi une absence « affective » au profit du confort matériel. De nouveau, la question du « manque » est mise en exergue en lien avec un sentiment d'abandon également par le biais notamment de procédés antidépressifs. Nous nous posons également la question sur le sens de la fuite dans le travail chez son conjoint qui lui évite par ailleurs d'être au domicile. Peut-être Chloé ressent-elle également ce besoin de « fuite » de la part de son conjoint. Le ressentiment est palpable.

La présence/absence de son conjoint en tant que père auprès de leur futur enfant est par ailleurs un point sur lequel Chloé se montre très insistante. Elle fait le lien avec la relation et l'absence de son propre père : « *Je ne veux pas qu'il [son fils] ait une relation comme j'ai eu avec mon père, en fait.* ». Nous ne pouvons cependant que noter son choix d'un compagnon de vie qui est tout autant absent que son père l'était du fait de son travail (absent la semaine et autres emplois prenant le weekend). Il y aurait alors répétition inconsciente. Peut-être dans une tentative de maîtrise des choses et/ou de réparation à travers son enfant.

Chloé rationalise cependant en s'appuyant sur les paroles d'autrui et sur les « dires » de la société : « *Mais bon je pense que quand il sera là, ça va changer, il va avoir le déclic. Pi pour un papa ça lui parle plus le jour où il est là... Ils ont pas le même ressenti que nous. Il peut pas comprendre, c'est normal.* ». Cela est en effet vrai pour certains pères qui prennent conscience qu'ils sont pères et responsables d'un petit être à la naissance où les choses deviennent concrètes. Par ailleurs, l'on note la reconnaissance de la différence des sexes.

Chloé estime que « *le sexe c'est important dans un couple* » et qu'elle et son conjoint « *s'épanouissent très bien* » dans leur sexualité jusqu'à la grossesse qui représente un frein. Cela est source de représentations négatives puisque Chloé craint alors que son conjoint « *aille voir ailleurs* ». La grossesse et le bébé pourraient donc être responsables de la perte de son conjoint. Cela en lien avec le fait que son conjoint a eu plusieurs conquêtes le temps de leur rupture.

1.6.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Chloé

CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE

Nous rencontrons Chloé pour le second entretien à son domicile. Son bébé, que nous appellerons **Antoine**, est alors âgé de quatre mois. Nous ne le verrons que très peu puisque l'entretien débutera en même temps que sa sieste. Chloé se lèvera à plusieurs reprises pour aller lui redonner sa suce, perdue dans son sommeil. Elle entend les pleurs et gémissements à travers le baby-phone.

Lors de l'entretien, et comme lors de notre première rencontre, Chloé est très « agitée » : elle se lève à plusieurs reprises, utilise beaucoup la gestuelle lorsqu'elle parle, tape sur la table, ... Il lui semble difficile de rester assise « sans rien faire ». Par ailleurs, elle est toujours très investie dans notre recherche à l'égard de laquelle elle nous questionne de nouveau sur les tenants et les aboutissants, le nombre de mamans rencontrées. Elle réinsiste sur le bien-fondé de cette recherche et les intérêts qu'elle-même y voit notamment concernant les représentations négatives des soignants en maternité dont elle-même aurait fait les frais. Nous y reviendrons au cours de l'analyse.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous rencontrons Chloé pour la troisième fois à son domicile. De nouveau, notre entretien a lieu au moment de la sieste d'Antoine qu'elle va nous montrer en photo. Son conjoint est également au domicile mais sera dans le jardin tout au long de la rencontre. Ce dernier entretien va d'ailleurs être centré sur son absence auprès de Chloé et en tant que père. Comme lors des précédentes rencontres, Chloé a beaucoup de mal à rester assise. Elle gesticule et va taper du poing sur la table à de nombreuses reprises en évoquant les relations conjugales et l'attitude de son compagnon. Les mouvements agressifs sont présentes autant dans la verbalisation que dans l'agir qui vient mettre en évidence la difficulté à "psychiser" de Chloé. Elle baille également beaucoup pendant et semble en effet plus fatiguée que lors de nos précédentes rencontres. Son rythme de vie s'avère en effet intense d'après ce qu'elle nous en dit mais nous renvoie également à son besoin d'activité comme contre-point de la passivité.

L'ACCOUCHEMENT

La fin de la grossesse est investie positivement par Chloé, particulièrement du fait qu'elle ait pu rester « *dynamique* » : « *je me suis pas empêchée de bouger quoi* ». Cela nous renvoie au désir de ne pas se laisser envahir par l'état de grossesse et de ne pas se soumettre à

la passivité, comme nous l'avions repérée lors du premier entretien. L'ambivalence reste au premier plan entre, d'un côté, le désir de maintenir cet état de grossesse et les angoisses de pertes probablement associées et de l'autre côté, le désir d'expulser cet autre en soi source de représentations, fantasmes et mouvements pulsionnels plus difficilement intégrés. L'accouchement met en exergue cette ambivalence puisque le travail s'est déclenché naturellement sept jours avant la date prévue mais que le bébé n'était pas positionné correctement pour un accouchement par voie basse. Après avoir attendu de voir si le bébé se replaçait avec l'ouverture du col et les professionnels voyant que ce n'était pas le cas, une césarienne d'urgence a été décidée.

L'accouchement n'est alors « *pas un bon souvenir* » pour Chloé. Les affects négatifs sont massivement présents : « *je suis très déçue (...) déçue du service. Mais en tout en général hein ! Pas que l'accouchement hein, même après* ». Cela semble avoir été d'autant plus difficile à vivre pour Chloé qu'elle s'attendait à ce que cela se passe « *comme dans les films quand on accouche* ». La réalité et la décision de la césarienne en urgence ont alors fait effraction dans sa psyché. Elle revient ainsi sur toutes les étapes de son accouchement avec beaucoup de descriptions, de détails notamment temporels, où tout a été mal fait, trop tardivement, incorrectement selon elle. Elle remet en cause et critique toutes les professionnelles qui ont pu jouer un rôle dans son accouchement et qui occupent alors la place de « mauvais objet », ainsi que le matériel utilisé. Les soignantes occupent dès lors la place du « mauvais objet maternel », l'imgo maternelle persécutrice. Ces représentations vont perdurer lors du séjour à la maternité comme nous le verrons. L'on repère, en parallèle, un besoin d'être « maternée », étayée, contenue de la part de Chloé, une recherche de la « bonne mère ». Chloé a beaucoup recours à la mise en dialogue et retranscrit donc verbalement les paroles des professionnels et celles qu'elle-même a dites ou a pensées sur le moment. Nous avons le sentiment qu'elle revit ainsi son accouchement mettant en évidence une dimension traumatique. Elle ne peut le mettre en récit qui traduirait une certaine élaboration et intégration de son expérience. L'on peut cependant penser que réévoquer cet événement traumatique pourrait permettre de progressivement l'intégrer par la verbalisation, la mise en mots cathartique.

L'accouchement : entre vécu d'intrusion et angoisse de perte

Le discours concernant l'accouchement est de manière générale altéré avec le passage d'un thème à un autre sans que nous-même puissions nous y retrouver. Tout est confus, autant que cela a pu l'être pour Chloé face à une situation de vulnérabilité mettant au premier plan la passivité mais également la dépendance aux soignants qui fait écho à la dépendance primaire à

la mère. La confusion traduit la désorganisation psychique face à un événement qui a fait effraction et trauma pour elle puisqu'il ne semble pas encore digéré et intégré psychiquement.

La césarienne est associée à des représentations crues et mortifères massives : « *Je sens encore tout quoi* », « *J'ai hurlé quand ça a commencé, ils m'ont attaché parce que là... ! Je tombais dans les vapes là, parce que vraiment ...* ». L'opération représente une intrusion et une attaque corporelle pour Chloé face auxquelles « *tomber dans les vapes* » renvoie à une échappatoire, également face à la douleur. Cela implique également et paradoxalement, une dépendance aux autres. Elle n'utilise d'ailleurs à aucun moment, avant ou pendant la description de cet accouchement, le mot « césarienne » puisque c'est bien de cela qu'il retourne. L'on peut donc faire le lien entre ce vécu massivement angoissant voire mortifère, traumatique et le fait qu'il se soit agi d'une césarienne. Il est possible que cela ait fait effraction dans le psychisme de Chloé dans la mesure où elle n'avait pas envisagé, pensé, anticipé que cela pourrait avoir lieu. Par ailleurs, la césarienne vient réaliser le fantasme d'intrusion dans le corps et peut représenter les représailles de la mère archaïque. Cela met également en jeu l'intégrité du corps et ses blessures ainsi que des fantasmes de mort, renforcés par la situation d'urgence qu'a représenté l'accouchement par césarienne de Chloé.

Inversement, Chloé insiste sur l'absence de sensations liées à l'anesthésie : « *C'est vraiment euh...on en sent plus rien. C'est vraiment euh pareil que d'être cul-de-jatte. C'est vraiment une sensation horrible euh hein! Oh lala et ça met vraiment beaucoup de temps à revenir, pour que le doigt de pied commence à bouger, c'est long hein* ». Les représentations sont de nouveau massives avec la référence à l'amputation, à la perte d'une partie de soi en lien avec un vécu de passivation. Cela renvoie à la fois à l'absence de contrôle sur son propre corps et à la passivité, mais également à la perte du bébé. Cela est en opposition avec le vécu de l'accouchement où elle ressentait tout. Cela peut également renvoyer à la castration, sur un plan œdipien, à travers la perte de l'enfant-phallus mais également à travers l'opération qui peut venir personnifier la castration dans la réalité.

Les sentiments de perte d'intimité mais également de sa subjectivité dominant également avec l'impression que « *c'était l'expo* » et qu'elle était « *un cas rare* » dans la mesure où les soignants étaient très nombreux dans la salle d'accouchement. Chloé fait également le lien avec les opérations qu'elle a subies lorsqu'elle était plus jeune au niveau du visage (chirurgie esthétique) : « *et tout ce qui est bloc, j'ai du mal. Et quand ils m'ont mis là-bas, branchée de partout, ça m'a rappelé des mauvais souvenirs et euh...* ». Malgré tout, une infirmière a pu occuper une place soutenante et rassurante pour Chloé.

L'accouchement par césarienne : défaut d'inscription psychique de la naissance

Le fait de ne pas avoir pu accoucher par voie basse et sentir le bébé « passer » semble avoir empêché le vécu de s'inscrire psychiquement : « *d'accoucher comme ça pour moi c'est...psychologiquement, j'ai pas accouché euh, c'est... Je l'ai pas sorti moi-même. On me donne un bébé, tac, c'est bon. On m'aurait donné n'importe quel bébé c'était...enfin, c'était pareil* ». Quelque chose aurait été « gommé » dans la réalisation de la naissance. La liaison psychique entre grossesse et naissance ne pourrait alors se faire correctement. Cela expliquerait la difficulté de certaines femmes à réaliser que le bébé qu'on lui présente est bien le sien, qu'il est bien sorti. L'ensemble de l'accouchement nous renvoie à un vécu de dépossession de Chloé.

Chloé explique « *la peur que le contact ne se fasse pas bien* » : « *Parce que...voilà, je l'ai pas eu dans les bras, j'ai pas accouché naturellement. J'ai, j'ai souffert. Je lui en veux pas hein. Mais euh en réalité j'étais..., oh la vache, j'ai souffert pour moi quoi ! C'est vraiment euh....ouf! Et j'avais peur qu'il le ressente ça. Même si je faisais attention à pas le montrer hein mais en fait on s'entend très bien* ». La dénégarion laisse penser qu'elle a pu en vouloir à son fils d'avoir été source d'autant de souffrance et peut-être d'angoisses de mort la concernant. Cela traduit également la présence de haine maternelle.

COMPLICATIONS ET SEJOUR A LA MATERNITE

Un incident est survenu lors du premier bain d'Antoine. Lors de son séjour à la maternité, Chloé nous avait contactée à propos de cet incident. Nous l'avions eu par téléphone et avons convenu de passer la voir à l'hôpital. Nous n'avons pas enregistré cet entretien dans la mesure où il ne faisait pas partie des trois entretiens standardisés du protocole de recherche. Il apparaît ainsi très clairement que nous occupons une place particulière pour cette jeune mère puisqu'elle fait appel à nous alors que nous ne l'avons rencontrée uniquement dans le cadre de la recherche et, à ce moment-là, à une seule reprise. Nous sommes ainsi représentée comme un interlocuteur privilégié dans une relation de confiance. Ce lien et ce rôle qu'elle nous attribue implique alors que nous avons pu représenter un étayage, un soutien et une fonction narcissisante pour cette femme à travers l'intérêt que nous lui avons porté en tant que future mère grâce à notre recherche.

Nous avons ainsi appris que lors du premier bain que Chloé avait donné à Antoine, celui-ci s'était mis à hurler lorsqu'elle avait mobilisé sa jambe. Celle-ci a vite enflé et est devenue violacée. Il est apparu que la jambe d'Antoine avait été cassée lors de la césarienne. Cela était source de beaucoup de culpabilité de la part de Chloé bien qu'elle soit consciente qu'elle-même n'y était pour rien. Suite à cet incident, la jambe d'Antoine a été immobilisée

avec une attelle. Quelques jours après, le matin à son réveil, Chloé a été informée qu'Antoine avait été mis sous traitement morphinique car il pleurait intensément. Il y a eu ainsi suspicion de syndrome de sevrage néonatal. Il s'est cependant avéré qu'Antoine avait une escarre en formation à la cheville d'où les pleurs intenses. La mise sous traitement morphinique avait été décidée par le pédiatre de garde le weekend, ce qui a été remis en question le lundi matin par le pédiatre qui suivait Antoine. Celui-ci a supprimé le traitement puisque, d'après lui, les pleurs étaient liés à l'escarre et non à un syndrome de sevrage néonatal qui ne s'était pas manifesté qu'au bout de sept jours. Il semble que le temps lui ait donné raison puisqu'Antoine n'a manifesté aucun autre signe de sevrage après la mise sous antidouleurs pour l'escarre. Ces problèmes de santé ont conduit Antoine à rester hospitalisé presque un mois en néonatalogie. Chloé est restée dans le service de la maternité jusqu'à la sortie de son fils.

Le besoin de réassurance est massif pour Chloé. Il relève à la fois de la situation en elle-même, angoissante pour tout parents mais est cependant sans doute accentuée par le fait que son fils a été mis sous traitement morphinique sans qu'elle ne donne son accord ni n'en soit informée au préalable. La mise sous traitement semble alimenter une culpabilité massivement éludée, déniée à travers la projection ou le déni. Le fait de ne pas avoir été informée avant son administration la met par ailleurs de nouveau dans une situation de passivité face aux soins pour son bébé desquels elle est alors exclue. L'on repère également l'indifférenciation entre elle et son fils puisque ce n'est pas à elle que cela arrive mais à son fils. Chloé s'identifie cependant à son fils et à sa détresse dans une forme de préoccupation tout à fait adaptée lorsqu'elle évoque le fait que s'il pleurait beaucoup c'était surtout parce qu'il était seul, « *la jambe en l'air* », « *pas bien* » et qu'il « *ne comprenait pas ce qu'il se passait* ».

Chloé fait également référence à la punition et au destin : « *C'est le Bon Dieu qui me punit* », ce à quoi elle ajoute « *c'est une expression* ». De quoi serait-elle alors punie ? De sa dépendance et de ses consommations ? Cela relève-t-il de la culpabilité œdipienne ? Des fantasmes archaïques de la relation précoce à sa mère ?

Le temps de l'hospitalisation : un temps de régression source d'un vécu persécuté

Cet incident alimente un vécu persécuté de Chloé par le biais du regard jugeant qu'elle attribue aux autres mamans présentes : « *Y'a toutes les mamans qui nous regardent: « Elle a cassé la jambe de son fils » hein. Franchement je le voyais dans leurs yeux* ». L'on ne peut que penser qu'il s'agit des propres projections d'angoisse et de culpabilité de Chloé. Cette culpabilité peut être d'autant plus importante qu'elle évoquait, tout en le déniait, en vouloir à son bébé pour la souffrance et l'accouchement qu'elle avait endurés. Cela vient faire écho à la

haine maternelle inhérente à toute mère. Le discours de Chloé est toujours descriptif et très détaillé. Elle a recours à la fois au présent et au passé. L'on ne sait pas toujours s'il s'agit de la mise en discours ou s'il y a désorganisation temporelle à la hauteur du vécu effractif, angoissant et potentiellement traumatique. Il lui est de nouveau difficile de mettre en récit son vécu comme traduction d'une certaine élaboration de ces événements.

Ce vécu persécuté a également trait au comportement de l'ensemble des soignants, objets, comme lors de l'accouchement, de représentations très négatives. Les sorties à l'extérieur étaient d'autant plus difficiles qu'elle avait « *tellement peur qu'ils fassent des boulettes encore que je préférerais être là pour tout surveiller* ». Elle arrivait donc par surprise pour observer ce que les soignantes faisaient, « *je regarde ceux qui travaillaient et ceux qui travaillaient pas* ». Elle remet clairement au cause le comportement des soignantes : « *Bon c'est un service quand même où y'a beaucoup de monde en personnel donc elles ont que ça à faire pour s'occuper des enfants ! Enfin je sais pas moi, quand je les voyais rigoler, ricaner dans leur salle de pause, on a tous une vie et une pause à faire. Mais euh...c'est des bébés quoi! (...) je sais pas, on a envie d'aller les voir, de les câliner, de voir comment ça se passe, de les rassurer et moi ça m'énervait quoi. Franchement quand je voyais mais limite...* ». Cela nous renvoie directement au sentiment d'impuissance de Chloé face à son bébé qu'elle ne peut et n'a pas pu protéger et à la dépendance aux soignantes renvoyant alors à la dépendance primaire à la mère et à la passivité. Par ailleurs, nous nous demandons dans quelle mesure cela ne traduit pas la demande d'amour et de soins de Chloé de la part de la mère, par régression, dans une identification aux bébés. Enfin, cela traduit également le désir de Chloé de prendre soin de son fils, de le câliner et d'être auprès de lui. Le besoin de contrôle est à la hauteur de son sentiment d'impuissance à l'égard de son bébé et probablement de son sentiment d'être destituée de son rôle de mère. Ce sont les soignants qui occupent le rôle de prendre soin du bébé alors même que ce sont leurs soins et leurs actes qui ont causé les problèmes d'Antoine. L'ambivalence n'en est que renforcée. Chloé le verbalise très bien lorsqu'elle dit qu'elle leur faisait confiance. Il y a également nécessité pour Chloé de « faire » quelque chose, de se sentir utile et nécessaire pour son bébé. Cela la valorise en tant que mère. Ce besoin d'agir laisse également entendre la difficulté à penser sous-jacente à ce vécu massivement angoissant pour une jeune mère. Chloé tente de rationaliser pour limiter les représentations négatives mais probablement également le sentiment d'incompréhension et d'injustice pour ce qui est arrivé à son fils : « *Quand je vois les erreurs, avec [son conjoint] on comprenait pas quoi, de voir autant d'incapables. Surtout que [la ville] était réputée comme la maternité la mieux de [du département] quand même !* ». Les représentations très négatives à l'égard des soignants se poursuivent au-delà du séjour à la

maternité. Cela concerne également le fait qu'Antoine ait un côté de la tête plat du fait d'avoir toujours été allongé du même côté. Seul le pédiatre référent d'Antoine, seul professionnel de sexe masculin, est investi positivement au cours du séjour à la maternité, face à toutes les soignantes femmes occupant la place de « mauvais objet ». Cela peut s'inscrire et se comprendre dans le champ œdipien où la mère représente la rivale face au père œdipien dont est attendu le pénis et l'enfant mais cela peut également s'inscrire dans quelque chose de beaucoup plus archaïque avec un clivage entre « bon » et « mauvais objet ». Par ailleurs, l'imgo maternelle persécutrice peut être mise en lien avec la crainte de représailles face à l'envie et au vol de ses contenus. L'accouchement qui ne s'est pas déroulé comme prévu et les complications de santé d'Antoine peuvent venir personnifier ces représailles, la césarienne ayant très probablement remis en jeu des vécus de passivité primaire.

Au-delà des problèmes de santé et des dysfonctionnements évoqués, c'est aussi le sentiment de solitude et d'absence d'écoute et d'étayage qui est au premier plan. Chloé vit toutes les approches des soignantes comme des attaques et comme des jugements. Elle leur reproche de ne pas être là « *pour elle* » mais seulement « *pour papoter* ». Cela renvoie au reproche face à la mère insuffisamment satisfaisante, frustrante et peut-être défailante. C'est aussi la question de son traitement de substitution aux opiacés qui est en jeu ici et son statut de toxicomane. Elle projette sur les soignantes son propre regard et ses propres représentations négatives liées à son traitement de substitution mais revendique le fait qu'elle n'est plus toxicomane aujourd'hui en étant sous traitement de substitution. Il y a à la fois le désir d'être contenue, rassurée, étayée, accompagnée et le fait que toute proposition ou tentative de réassurance soit vécu comme une persécution. Cela traduit tout à fait la problématique toxicomane dans la relation à l'autre : c'est ce qu'elle souhaite mais aussi ce qui la menace.

Le vécu traumatique de ces premières semaines de vie d'Antoine transparait finalement clairement lorsque Chloé explique qu'elle « *croit toujours qu'il [Antoine] a un mois de moins du coup* », comme si elle ne pouvait intégrer ces événements dans sa psyché ni les historiser. Elle évoque d'ailleurs ces événements toujours au présent. Cela peut également relever d'une forme de déni de ce qu'il s'est passé au cours du premier mois de vie d'Antoine et de tout ce que cela a entraîné comme mouvements pulsionnels agressifs, défensifs et comme atteintes narcissiques en tant que mère.

Le retour au domicile était ainsi très attendu et a représenté un véritable soulagement pour Chloé.

LE BEBE

Sommeil

Chloé retire un élément positif du long séjour à la maternité : ne pas avoir « *connu la galère des biberons* » la nuit. En effet, les soignantes prenaient le relais la nuit pour permettre à Chloé de se reposer. Au retour à la maison, « *sachant qu'il était un mois là-bas, il réclamait moins donc il a fait ses nuits très rapidement* ». Le sommeil est donc bien investi et n'a posé aucun problème particulier.

Allaitement et réactivation de fantasmes archaïques

L'accouchement en césarienne a aussi eu un impact sur l'allaitement. En effet, malgré la possibilité d'allaiter son fils, Chloé n'a pas souhaité le faire dans la mesure où elle ne se sentait pas en capacité physique de le prendre. L'impossibilité « physique » de donner la première tétée peut cependant également traduire l'angoisse associée à des représentations menaçantes de l'allaitement sous forme de fantasmes cannibaliques, accentuée par le vécu de dépossession et d'intrusion de l'accouchement. L'ambivalence à l'égard de l'allaitement au sein apparaît ainsi très ambivalente. Le discours est de nouveau confus lorsqu'elle explique avoir finalement donné le bébé à son père et s'être réveillée en salle de réveil. Est-ce bien elle qui a confié le bébé au papa ? La question du contrôle est au premier plan pour contrebalancer le vécu de passivité. L'on a le sentiment qu'elle a besoin d'agir, d'être présente, d'avoir fait quelque chose, à défaut de ne pouvoir être active pendant l'accouchement ou pour prendre son fils dans les bras.

L'alimentation au biberon s'est en revanche bien déroulée. Chloé a réadapté le lait quelques semaines après le retour au domicile : « *J'ai changé parce que je trouvais que ça lui tenait pas au corps, il réclamait plus alors qu'il buvait la même quantité et euh...* ». Elle est ainsi capable de s'adapter aux besoins de son bébé qu'elle identifie. Elle se fait également confiance en tant que maman bien qu'elle ajoute admettre quand elle a un doute et ne pas hésiter demander « *à ma mère ou à la marraine* ».

La diversification s'est faite sans problème et Antoine « *mange de tout* ». Chloé fait tout elle-même. Laisser Antoine prendre la cuillère comme il en manifeste l'envie est plus difficile pour Chloé : « *Oui, oui, il a envie, je vois il me la prend des mains pi c'est moi qui la reprend parce que j'ai pas envie qu'il m'en foute partout mais euh...* ». Les défenses rigides anales sont au premier plan.

Nos questionnements autour de l'alimentation d'Antoine amènent Chloé à évoquer ses propres problématiques : « *moi je n'ai pas une super alimentation, je... j'ai toujours eu un... je*

n'arrive pas à me poser ou... soit je suis dans l'excès à manger des cochonneries ou soit ce midi je mange une salade et ce soir je vais me faire à manger, enfin vraiment... Je suis très, très nulle pour me nourrir mais je sais nourrir les autres, bizarrement ! C'est bizarre. ». Ces troubles alimentaires renvoient à la problématique addictive en termes de troubles de l'introjection et du recours à l'incorporation. Cela s'articule également à la difficile gestion ou régulation pulsionnelle. Le fait qu'elle sache « nourrir les autres » nous renvoie par ailleurs à la problématique anorexique. L'on retrouve en effet cette composante, qui relève d'un désir de maîtrise, chez les sujets souffrant de cette problématique. L'on pourrait l'articuler à sa difficulté à laisser son fils manger seul et ainsi à son besoin de maîtriser son alimentation dans une difficulté à le laisser s'autonomiser.

Sur ce qu'elle dit « qu'elle sait nourrir les autres », on sait que les anorexiques sont très souvent dans la volonté de « nourrir les autres » dans un désir de maîtrise qu'on retrouve là : maîtriser l'alimentation de son enfant, ne pas le laisser autonome

Santé et développement du bébé

La santé et le développement moteur d'Antoine restent, lors de l'entretien des quatre mois d'Antoine, la préoccupation de Chloé. Elle évoque sa « peur qu'il ait un problème avec ça », « qu'il y ait un petit retard » pour l'apprentissage de la marche du fait de son problème à la jambe. Chloé compare le développement de son fils avec un autre petit garçon âgé de six mois qu'elle garde depuis le retour à la maison, qui lui « s'est tenu debout rapidement ». Chloé est en effet assistante maternelle. Elle décrit Antoine « comme une guimauve ». Néanmoins, ces craintes auront disparues lors du dernier entretien puisqu'Antoine tient debout seul et marche lorsqu'il est tenu par les mains : « Je me dis « bon, y a pas que ça, il marche très bien, quoi ». Donc euh, la pression était redescendue parce que j'avais peur, quoi... ». C'est également un bébé « tonique » « qui bouge très bien ». Chloé fait cependant le lien avec son immobilisation pendant un mois : « ce qui m'étonne parce que il a quand même était attaché pendant un mois il bougeait pas et dès qu'il a été détaché, il a été libéré quoi ». Cela fait aussi écho à son propre vécu d'enfermement puis de liberté lorsqu'ils ont pu rentrer au domicile après le temps d'hospitalisation. Cela la rassure. Cela contraste cependant avec ce qu'elle a pu nous dire précédemment, qu'elle le trouvait « un peu mou-mou au niveau des jambes ». L'angoisse est ainsi toujours présente mais minorée. Par ailleurs, Chloé nous décrit un bon investissement de la motricité fine et un bon investissement de l'oralité. Chloé semble néanmoins très attentive aux évolutions et au développement d'Antoine. Elle lui parle d'ailleurs beaucoup pour le

« *stimuler* ». La soif de découverte de son fils et sa vitalité sont néanmoins « *parfois fatigantes* » pour Chloé. Par ailleurs, elle lui parle « *tout le temps* ».

Représentations du bébé

Chloé décrit son fils comme « *très rigolo* » et très souriant, ce que nous pouvons également remarquer lorsqu'il sera dans les bras de sa mère après sa sieste en toute fin d'entretien lors de la deuxième rencontre. Il n'est « *pas capricieux* » bien qu'il s'exprime lorsqu'il en ressent le besoin : « *après, quand il a faim, il a faim* ». Antoine est donc capable de se faire entendre et Chloé est capable d'interpréter ses besoins et demandes. Elle insiste sur le fait qu'il a son propre caractère, dans une reconnaissance de son individualité et de sa subjectivité. Elle le décrit comme « *une tête de lard* » qui est bien décidé à avoir ce qu'il veut. Il est ainsi très têtu mais aussi curieux, explorant beaucoup son environnement. Cela est investi très positivement par Chloé qui le laisse découvrir. Elle insiste sur l'importance de féliciter son fils lorsqu'il apprend de nouvelles choses. Néanmoins, elle insiste sur la nécessité d'être suffisamment autoritaire pour ne « *pas se laisser bouffer* ». Cela nous renvoie à l'oralité cannibalique potentiellement destructrice et à un fantasme d'envahissement. Il semble qu'elle ait pu attendre de son conjoint cette autorité. Ce dernier pourrait alors être recherché en tant que tiers. Néanmoins, elle ajoute : « *sachant que je suis toute seule, c'est pas une autorité de deux jours du week-end qui va suffire donc euh... Donc ouais, je sers la vis. Je n'ai pas l'impression d'être non plus trop sévère. Mais euh, tant qu'il ne me tourne pas le dos, qui ne me tourne... qu'il me tend les bras, c'est qu'il ne m'en veut pas ! Je ne suis pas dans l'excès.* ». La crainte du rejet reste latente mais n'empêche pas de poser des limites à son fils. Le vécu est contrasté entre recherche et angoisse de fusion et angoisse de perte d'amour de l'objet. Cela fait écho au « manque » affectif de son enfance et avec son conjoint. Par ailleurs, le fait qu'Antoine ne la rejette pas l'assure dans son positionnement. Chloé a également bien identifié qu'Antoine était différent lorsqu'il était en présence d'autres personnes, beaucoup plus « *sage* ». L'on peut alors penser qu'Antoine se sent suffisamment en sécurité pour se permettre de tester les limites avec sa propre mère.

Relations mère-bébé : ambivalence entre relation fusionnelle, angoisse de séparation et crainte de la dépendance

Au second comme au dernier entretien, Chloé qualifie sa relation avec Antoine de « *fusionnelle* » : « *Je sais à quel moment faut enlever la suce à son expression sur son visage euh la suce, ou : « là j'ai envie de dormir », ou là ceci* ». Elle « *le connaît pas cœur* » ainsi que

« *ses habitudes* ». D'après les propos de son conjoint, introduit spontanément par Chloé, Antoine est « *toujours après elle* », dès qu'il l'entend. Elle évoque une très grande complicité entre elle et son fils avec des « *petits jeux* », « *un langage à nous, un peu comme des jumeaux* ». Cela nous renvoie cependant à une certaine indifférenciation mère-bébé. Se peut-il qu'elle connaisse si bien son bébé qu'elle anticipe ses besoins et ses désirs avant qu'il puisse lui-même les expérimenter, de même que l'attente progressive et la frustration ? Cela pouvant faire le lit d'une problématique addictive future par empêchement de la constitution de l'élaboration psychique. La présence d'un autre petit garçon qu'elle garde cinq jours par semaine vient cependant poser des limites aux réponses immédiates de Chloé à son fils puisqu'elle s'occupe des deux bébés. L'on peut cependant s'interroger sur le choix de ce métier, au-delà de l'identification aux femmes de la famille. En effet, être assistante maternelle lui permet de travailler tout en restant en permanence avec son fils, évitant ainsi de se séparer. Garder d'autres enfants serait alors le seul compromis possible pour intégrer du tiers tout en restant collée à son enfant. Elle insiste d'ailleurs sur la nécessité de ne pas se centrer exclusivement sur son fils, nous en discuterons pas la suite.

Elle expliquait d'ailleurs, lors du second entretien, « *qu'il aime bien être dans les bras, ça c'est... Il va falloir que je fasse attention* ». A quoi doit-elle faire attention ? Cela pourrait mettre en lumière une angoisse de fusion et de dépendance de son fils à égard qui rend compte de sa propre angoisse de dépendance. L'ambivalence est ainsi au premier plan puisque Chloé regrette cependant, lors de la dernière rencontre, qu'Antoine soit moins câlin en grandissant : « *Alors jusqu'à 4 mois, ouais. Oui, il était beaucoup dans mes bras parce que je l'ai beaucoup, beaucoup cocooné, euh... le fait de ne pas l'avoir eu pendant un mois, je l'ai beaucoup eu avec moi.* ». Cela nous renvoie au premier mois de vie d'Antoine marqué par des angoisses mortifères et la séparation mère-bébé. Celle-ci semble marquer de son empreinte les relations mère-bébé. Les câlins représentent une « *preuve d'amour* » d'Antoine qui la rassurerait face à ses angoisses de perte de l'objet et de son amour. Elle-même lui dit « *je t'aime* » « *au moins vingt fois par jour* ». Le début d'autonomisation d'Antoine pourrait ainsi être source d'angoisse de séparation.

Chloé insiste en effet sur le fait de ressortir seule sans Antoine lui a fait du bien et l'a rassurée sur le fait que « *le détachement se fera très bien* ». Cela concerne dans un premier temps Antoine dont elle craignait qu'il ait du mal à se séparer puisqu'ils sont toujours ensemble, qu'il la « *réclame beaucoup* » et cherche toujours à vérifier si elle est présente. Il préfère également être avec sa mère qu'avec son père. Cela renvoie au comportement d'un enfant de

un an mais traduit de nouveau l'angoisse de séparation de Chloé. Elle insiste par ailleurs sur le fait qu'Antoine est un bébé « *hypersociabilisé* » qu'elle n'hésite pas à confier aux autres, qu'elle « *donne dès que je peux aux autres* », et qu'elle « *ouvre toujours vers les autres. Il voit toujours du monde. Je peux le laisser en garde, je m'inquiète pas* ». Chloé semble ainsi projeter sur Antoine ses propres angoisses de séparation. Cela apparaît d'autant plus massif qu'elle expliquera finalement plus loin dans l'entretien ne laisser Antoine à d'autres personnes que son conjoint que très rarement (voire jamais). Cette angoisse de séparation s'articule à l'angoisse d'avoir un bébé dépendant d'elle et, en miroir, à sa crainte d'en être dépendante. Ces thématiques étaient déjà questionnées pendant la grossesse. L'angoisse de séparation peut se trouver majorée du fait de l'hospitalisation le premier mois de vie d'Antoine.

Les pleurs, au-delà d'être interprétés comme moyen de communication de la part de son fils, sont également articulés à la problématique de séparation. Ainsi, lorsque nous lui demandons sous forme négative : « *C'est pas un bébé qui pleure beaucoup ?* », elle répond par la négative ajoutant : « *Bon il est tout le temps avec moi* », comme si les pleurs étaient forcément liés à la séparation. Cela sous-entend par ailleurs l'idée que sa présence le calme, ce qui représente une gratification pour Chloé en tant que mère. Cet élément était déjà verbalisé lors du séjour à la maternité : « *Il chouinait* », « *ils l'ont posé sur moi, hop il a arrêté, c'était vraiment...* », « *Je peux le prendre et dès qu'il a...pouf, il s'est endormi. Il disait plus rien. J'ai dit bon bin ça y est, le contact a été fait* ». Cela marquait le premier contact mère-bébé. Chloé est valorisée dans son rôle de mère calmante et contenante pour son fils.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Chloé, lorsque nous la questionnons sur sa représentation et son vécu en tant que mère, s'identifie immédiatement à sa propre mère : « *bah je me vois comme ma mère. Y'a des trucs que je fais, je revoie ma mère* ». Elle explique qu'être mère « *c'est naturel* » et qu'elle ne se sent pas « *différente* ». L'on note cependant un important besoin de réassurance dans son rôle de mère de la part de sa propre mère ou bien des professionnels de santé. Elle se « *remet également toujours en question* » et ne cesse « *d'apprendre* » auprès de son fils et des bébés qu'elle garde. Elle insiste également sur son besoin de ne « *pas voir que par Antoine* » : « *quand je vois quelqu'un, je dis « Tiens Antoine, il fait ci, il fait ça ! », et donc je suis en train de lui faire son CV ! Et que je me trouve ridicule, de toute façon qu'il le fasse ou pas, il le démontrera par lui-même, je n'ai pas besoin de déballer son CV de ce qu'il sait faire, quoi !* ». Cela traduit une fierté certaine mais elle insiste sur la nécessité d'une « *égalité* » entre tous les enfants, d'autant qu'elle est nourrice. Il nous semble qu'elle craint d'en faire un enfant unique « *roi* ».

Cela pourrait-il traduire le besoin d'une certaine prise de distance pour ne pas être dans une fusion totale indifférenciée avec son fils ?

Son nouveau statut est source de fierté et de valorisation autant au niveau social que narcissique : « *Ouais nan je me trouve mieux dans ma peau parce que forcément on est fière de se promener avec son bébé et on est fière d'être maman* ». Son discours semble cependant plaqué : « *C'est ce qu'il y a de plus beau je pense. Au début quand on dit bah c'est ce qu'il y a de plus beau, je fais « ouais ouais », alors que je trouve que c'était...le truc bidon que tout le monde dit mais oui c'est vrai c'est qu'il y a de plus beau euh et y'a rien qui peut...ça ne vaut pas tout l'or du monde quoi! Et on pourrait pas dire ça quoi, c'est impossible, c'est, ouais c'est ouais, la chair de ma chair quoi, c'est...ouais c'est tout quoi* ». Chloé ajoute que « *ça change la vie et que c'est un cap au-dessus* ».

Lors du dernier entretien, Chloé nous verbalise cependant le sentiment que les personnes qu'elle rencontre ne l'identifient pas comme la mère d'Antoine : « *Et du coup, j'ai l'impression que quand je sors avec Antoine que je ne suis pas sa mère, j'ai l'impression que les gens, ils n'ont pas l'impression que c'est mon fils ! (...) qu'on me regarde genre oui, c'est... 'fin pas son petit frère mais y a un enfant et je ne suis pas forcément la maman, quoi !* ». Elle fait le lien avec un événement au cours duquel elle a revu d'anciennes connaissances et dont elle a eu le sentiment qu'ils étaient surpris qu'elle soit mère : « *« Ah c'est ton fils ! » - « ben ouais pourquoi ? Ça t'étonne ? » J'ai trouvé ça bizarre qu'on me dise ça, genre « j'aurai jamais eu d'enfant pour toi ? Enfin, je sais pas pourquoi tu me dis ça »* ». Ce fantasme qu'elle n'aurait jamais d'enfant ou qu'il s'agit de son frère pourrait-il renvoyer à une difficulté à occuper sa place de mère par rapport à sa propre mère sur fond d'un fantasme œdipien exacerbé ? En effet, son conjoint est identifié à son propre père dans une répétition de son histoire. Finalement, il apparaît que cela la renvoie surtout au fait qu'Antoine ressemble physiquement énormément à son père et assez peu à elle : « *Il me ressemble mon fils, heu... Il me ressemble parce que je m'en occupe, quoi ! (...) 'Fin je veux dire c'est pas parce qu'il ressemble à son père qu'il est proche de son père. C'est ça que je veux dire, quoi. Donc c'est peut-être plus ça qui m'énerve, en fait... (...) Ouais, ça m'insupporte ! Et du coup, à chaque fois on me le dit... « Ah, c'est vraiment tout de son père, il a rien de toi ! » (Elle tape des deux poings sur la table) C'est violent hein quand même... (...) C'est le fait qu'on me rappelle son père, son père... Ouais son père, il n'est pas là quoi... ne m'en parlez pas, il n'est pas là (petit rire). C'est peut-être plus ça qui m'énerve, je pense.* ». Il est ainsi difficilement supportable pour Chloé qu'on lui renvoie que son fils ressemble exclusivement à son père et pas du tout à elle alors que c'est elle qui l'élève et s'en occupe et que son conjoint est quasiment absent. Il nous semble qu'au-delà d'un

sentiment de jalousie à l'égard de son conjoint à qui Antoine ressemble, Chloé se sente dépossédée et non reconnue dans son statut de mère. Il n'y a pas non plus de reconnaissance de ses sacrifices pour son fils ni de leur complicité, de leur « *duo* » ni de leur relation fusionnelle. Cette ressemblance père-fils et surtout la dissemblance physique mère-bébé amène de la différenciation, probablement menaçante pour Chloé. Par ailleurs, l'absence paternelle n'est pas reconnue non plus par l'extérieur.

Les changements de son corps et son image corporelle sont investis très positivement par Chloé bien que cela reste à modérer puisqu'elle utilise de nouveau la dénégation : « *Je ne me plains pas* ». Elle insiste d'ailleurs longuement sur « *la sensation de la peau* » : « *La peau est bizarre après, elle est élastique, elle a une texture bizarre. Ça j'ai mis du temps à...j'arrêtais pas de tripoter ma peau à un moment. Ça c'est bizarre. La peau elle est bizarre donc j'arrêtais pas de la tripoter* ». Chloé rationalise ensuite et élude ce vécu et les représentations associées. Néanmoins, cette question concernant la peau nous renvoie à la question des enveloppes autant physiques et psychiques. Cette sensation « *bizarre* » concernant la peau, frontière entre monde interne et monde externe, ne symboliserait-elle pas un réaménagement du rapport et des relations narcissico-objectales, peut-être plus difficile à intégrer pour Chloé ? Peut-on y voir un lien avec le vécu intrusif de la césarienne ?

COUPLE PARENTAL ET PERE DU BEBE

Ambivalence face à l'absence du père auprès de leur fils

Les représentations concernant son conjoint en tant que père sont ainsi négatives malgré des tentatives de rationalisation. Elle verbalise finalement le fait que son conjoint « *n'est pas assez présent et je ne veux pas qu'il soit absent* ». Elle fait de nouveau le lien avec son propre père « *qui n'a jamais été là pour moi* » bien qu'elle insiste sur le fait qu'il s'agisse de « *deux personnes complètement différentes* », probablement dans une mise à distance d'une identification mettant au jour la répétition et la tentative de réparation inconsciente autant que les fantasmes œdipiens : « *c'est mon vécu qui me persécute* ». Elle évoque néanmoins sa peur qu'il y ait « *une barrière* » entre Antoine et son père, ce qu'elle verbalise à son conjoint et qui est source d'affects forts de tristesse.

Chloé fait très justement le lien avec le fait que son conjoint ne sait pas comment faire avec leur fils et qu'il a peut-être peur de le « *re-casser* ». Le terme est particulièrement fort. La représentation qu'elle a de son fils est donc qu'il a été « *cassé* ». Son conjoint lui renvoie également un vécu de jalousie et d'exclusion par rapport au couple mère-bébé. Chloé évoquait

d'ailleurs le fait que, lors du séjour à la maternité, son conjoint « *était carrément à part quoi* », puisqu'il devait faire « *plein d'allers-retours* » et qu'il n'était pas là au quotidien. Par ailleurs, il n'a pas pu partager des moments avec son fils ou à trois au domicile puisque son congé parental et ses vacances étaient posées le mois de l'hospitalisation. Le sentiment d'exclusion a ainsi pu se développer à ce moment-là. Chloé évoque toujours une « *petite bulle avec Antoine* » : « *C'est vrai qu'il [le papa] est un peu à part* ». Par ailleurs, elle évoque au second entretien une absence de libido dont son conjoint se plaint. Chloé semble ainsi plus centrée sur son rôle de mère et sur son « *duo* » avec Antoine. Elle rationalise sur le fait que c'est aussi lié au travail de son conjoint qui fait qu'il est absent toute la semaine et qu'elle est donc seule avec son fils. Malgré tout, Chloé semble trouver des bénéfices à l'absence du papa dans cette relation fusionnelle avec Antoine. Elle semble ainsi aux prises entre une recherche de relation fusionnelle avec exclusion du tiers paternel et tentative de réparation de son propre vécu abandonnique avec la figure paternelle à travers son fils.

Chloé est ainsi en proie à des sentiments contrastés entre espoir et désir que son conjoint se mobilise, « *prenne des initiatives* » en tant que père avec Antoine lorsque ce dernier sera plus âgé et une certaine résignation : « *Je dis honnêtement, je dirai que j'attends mais je n'y crois pas ! Je ne vois pas pourquoi il aurait le déclic de... ? Si ce n'est pas maintenant, pourquoi ça sera après ? C'est... déjà d'une c'est trop facile ! Et... et puis le gamin peut-être qu'il dira non ! « Ben t'es jamais là et maintenant je t'intéresse ? ». C'est un peu facile aussi, quoi. (...) Il verra les conséquences que ça aura plus tard. Peut-être qu'il n'y en aura pas ! Ça sera très bien aussi... mais bon.* ». Lui souhaite-elle inconsciemment de vivre cela comme punition de son absence malgré qu'elle ne le veuille pas pour Antoine ? Cela permettant toujours de maintenir la relation duelle mère-enfant. Elle s'identifie par la suite à son fils dans une sorte de collage ou d'indifférenciation puisqu'il aura le même vécu qu'elle : « *Moi à la rigueur, je m'en fous maintenant, c'est ce que je lui dis, « de moi quand tu ne seras plus amoureux, je m'en fou, c'est juste Antoine, quoi. C'est la priorité, quoi.* ». *Je veux qu'il soit bien. J'ai tellement peur qu'il ait des choses qui ressortent à son adolescence. Je ne supporterai pas que... qu'il tombe, 'fin y a pas que la drogue, même autre chose, qu'il tombe même dans un excès parce qu'il a eu un mal vécu quand il était petit, que ça ressorte à l'adolescence. Il y aura forcément quelque chose, hein, mais pas un petit truc, un gros truc.* ». Elle attend également de son entourage qu'il la soutienne et renvoie à son conjoint qu'il « *abuse un peu* » en tant que regard extérieur, comme si les paroles des autres avaient plus de poids auprès de son conjoint que les siennes.

L'on peut se demander si la relation fusionnelle mère-bébé suite à l'hospitalisation d'Antoine n'a pas favorisée une mise à l'écart du père-tiers dans un premier temps, qui a également pu être inconsciemment empêchée par Chloé en recherche de cette fusion. Néanmoins, il nous semble dès l'entretien des quatre mois que son conjoint ne cherche pas et peut-être fuit cette place de père. Nous ne pouvons que remarquer la répétition du vécu de Chloé avec son propre père absent auprès de ses enfants dont elle veut préserver son fils, également comme réparation de l'enfant qu'elle a été. Cela s'articule par ailleurs avec une identification à son fils qui tend vers l'indifférenciation.

Par ailleurs, Chloé semble s'adapter et respecter le rythme de son fils, qui prime par rapport au reste. Son conjoint ne semble, en revanche, pas être dans la même dynamique. Il estime également qu'Antoine ne comprend pas et que ça ne sert à rien de lui parler. Chloé et lui n'ont donc pas du tout la même vision des choses et cela impacte nécessairement sur leur comportement et leurs représentations concernant l'éducation et la relation avec leur fils. Chloé insiste également sur le bien-être de son fils et le fait qu'il est « *une éponge. Il absorbe tout ce qu'on ressent.* ». Elle fait alors le lien entre son propre mal-être et l'impact que cela peut avoir sur son fils, ce qu'elle tente d'expliquer à son conjoint : « *Antoine, il le ressent très bien ! Il me regarde bizarrement, il fait moins le fou-fou. Il rigole moins... Et ça, ça ne me plaît pas. Je me dis « ça y est, il ressent des choses, heu... ». Donc je prends sur moi, je rigole, je fais des jeux avec lui... Mais ça, il a du... tout ce qu'est psy, lui... c'est... ça ne l'intéresse pas, c'est du blabla.* ». Sa formation d'assistante maternelle favorise sa compréhension et l'écoute de son fils. Bien que les enfants et les bébés soient en effet très réceptifs de l'état émotionnel de leurs parents, ce sentiment qu'Antoine ressent ses propres émotions ne relève-t-il pas également d'un fantasme de télépathie traduisant de nouveau l'indifférenciation qui perdure ?

Absence du père du bébé en tant que soutien à la mère

C'est également l'absence de son conjoint auprès d'elle autant en tant que soutien dans son rôle de mère : « *Je sais qu'il y a peut-être des choses que je ne fais pas bien avec Antoine, hein. Euh... j'aimerais bien qu'il soit derrière moi pour me dire « ben c'est bien, pas bien », qu'il me donne son avis, quoi ! En gros, je dois gérer quoi. Bon s'il y a un problème, par contre je sais qu'il sera là pour me le dire.* » qu'en tant que relais qui est cette fois abordée. En effet, Chloé évoque longuement son désir de pouvoir « *souffler* » et de réinvestir sa vie autrement qu'en tant que mère : « *des fois j'aimerais bien le poser et me poser, et pas avoir à me dire « tiens y'a ça à faire et ça à faire »* ». Nous voyons ainsi apparaître la haine maternelle refoulée

jusqu'à maintenant et la décentration de son rôle de mère pour réinvestir d'autres pans de sa personnalité. Elle attend et demande ainsi à son conjoint de prendre le relais pour qu'elle puisse s'accorder du temps pour elle. Elle évoque néanmoins l'impossibilité de demander à son entourage de garder Antoine à la fois par crainte de les solliciter et de les embêter mais surtout « *de loucher quelque chose* », mettant en lumière un rapport compliqué au manque. Elle estime également « *qu'on a fait un enfant à deux, on gère à deux ! (...) Normalement c'est le papa ou la maman qui s'arrangent, fin pour moi, c'est comme ça.* ». Au-delà de prendre du temps pour elle, c'est le désir que son conjoint s'occupe et s'investisse auprès d'Antoine qui domine. Nous pouvons penser que cela relève finalement de sa crainte de séparation et/ou du désir de maintenir une relation fusionnelle malgré l'ambivalence que cela génère. Cela d'autant que l'on peut penser qu'il y a peu de chances pour que le père d'Antoine s'investisse tout d'un coup auprès de son fils alors que ça n'a pas été le cas jusqu'alors. Chloé a également renoncé à son travail pour pouvoir profiter de son fils, le voir grandir. Cela met de nouveau en exergue l'angoisse de séparation. Il apparaît cependant une certaine jalousie à l'égard de son conjoint qui lui n'a fait aucun « sacrifice » et ne supporte toujours aucun changement dans sa vie du fait de l'arrivée d'Antoine alors qu'il n'est pas en mesure de la soulager pour une après-midi. Il est possible qu'elle aimerait, dans son ambivalence, pouvoir elle aussi se séparer de son fils aussi facilement.

Par ailleurs, l'absence d'investissement paternel la renvoie à un sentiment de solitude exacerbé malgré qu'il « *fasse des efforts* » mais qui semblent être « *plus pour lui que pour nous quoi* » et finalement qui impliquent plus de travail pour Chloé qui doit tout préparer pour Antoine : « *C'est bien un restaurant, je suis contente, oui c'est sympa, oui, mais ça fait pas tout quoi. Pour sortir faut tout préparer. Encore tu me dirais : « j'ai préparé Antoine, tout est fait, les sacs de machin, les petits pots ». C'est tout un protocole pour sortir un enfant ! Faut penser à tout, bon, euh... (...) Parce que là, en train de dire « ah ben non, je n'ai rien fait ». (...) Donc euh fff... C'est limite un peu la corvée, heu, une fois arrivé, quoi.* ». Il est possible qu'à travers la demande d'intervention de son conjoint, elle recherche finalement un tiers à la relation mère-enfant dont la fusion est à la fois recherchée mais apparaît potentiellement menaçante dans le rapport à la dépendance qu'elle implique.

Relations de couple et consommations de drogue

Cette absence autant auprès d'elle qu'auprès d'Antoine alimente sentiments de tristesse, de colère et de rancune à l'égard de son conjoint. Elle lui en veut de ne pas vivre la même chose qu'elle, aussi bien les bons côtés auprès d'Antoine que les contraintes. Cela est source de

conflits dans le couple. Elle explique que « *des fois on s'entend très très bien. Et des fois il faut que ça pète quoi. Mais je crois que c'est notre couple qui veut ça.* ». Elle estime néanmoins que « *c'est pire depuis qu'il y a Antoine* » « *parce que... on va sortir et moi je me braque en me disant « allez hop, on va sortir et c'est moi qui vais encore tout gérer* » ! *Un enfant met à rude épreuve un couple. (...) Donc ouais, un enfant ça change, euh tout, en bien mais malheureusement aussi en mal, quoi.* ». Antoine est directement identifié comme la source des problèmes du couple en tant qu'enfant qui vient inévitablement perturber la dynamique conjugale mais Chloé replace rapidement l'attitude de son conjoint comme véritable cause.

Par ailleurs, elle revient sur le comportement de ce dernier qui aurait largement participé à la rupture du couple, marquée par la reprise des consommations d'héroïne de Chloé également, quelques années auparavant. Elle explique ainsi qu'il la « *délaissait complètement (...) Donc euh, ouais, non, j'étais complètement délaissée, on était deux inconnus, quoi. De toute façon, le peu qu'on se voyait, on s'engueulait.* ». Elle lui reproche d'avoir fait comme si tout allait bien et de ne pas avoir tenté de la retenir lorsqu'elle est partie avec un autre. Bien qu'elle ait fait « *le pire dans l'histoire* », « *J'aurais été comblée, je ne serais jamais allée voir ailleurs quoi !* ». Elle s'était alors également réfugiée dans les produits à cette époque. Le recours aux produits semble donc étroitement lié à l'investissement de sa relation de couple et au soutien apporté ou non par son conjoint puisque c'est également lorsqu'elle s'est mise en couple avec cet homme qu'elle a entrepris un suivi et commencé son traitement de substitution aux opiacés avec arrêt des consommations. Cela traduit une relation de couple anaclitique marquée par la dépendance. Cela semble également s'articuler avec l'absence et la recherche d'une figure paternelle. Chloé évoque d'ailleurs au dernier entretien : « *Mais bon j'avoue que ça m'est déjà arrivé une fois de me dire « heureusement que je connais personne là-dedans !... Qu'ils ne me proposent pas quelque chose...* ». *Je sais que, je ne sais pas comment je réagis si on me proposait quelque chose, je ne sais pas du tout !* ». Antoine représente un frein majeur face à ces pensées : « *Je serais trop honteuse après de le voir le lendemain, « Oh, j'ai fait quelque chose de pas bien* ». *Je n'arriverais pas à le regarder dans les yeux ! Ça me ferait mal pour lui, heu, non.* ». Par ailleurs, elle insiste défensivement sur la différence entre « *le penser comme ça et le faire* ». Chloé fait le lien entre son moral, son sentiment de bien-être ou de mal-être et ses questionnements : « *si je suis très bien, je saurai dire non mais si je suis un peu mal, est-ce que je dirai « c'est bon, ça me saoule, heu* ». *Honnêtement, je ne sais pas comment je ferai.* ». Ainsi, les actuels conflits du couple et son sentiment d'abandon réactivent des envies de consommer, bien qu'elle y résiste. L'on peut alors penser que la relation fusionnelle avec son fils ne vient ni remplacer celle à son conjoint ni l'objet-drogue puisque les conflits du couple

alimentent des envies de produits et qu'elle a de grosses difficultés à diminuer son traitement de substitution par ailleurs depuis la naissance d'Antoine. La relation mère-bébé marquée par le conflit entre recherche de relation fusionnelle, angoisse de séparation, crainte de la dépendance et angoisses d'invasion peut d'ailleurs favoriser ces difficultés et envies.

Plusieurs problématiques sont ainsi en jeu. A la fois Chloé souhaite que son conjoint soit présent auprès de leur fils comme réparation de son propre vécu abandonnique dans une identification à son fils et à la fois elle cherche à l'exclure pour maintenir une relation fusionnelle permettant d'éviter la séparation et la perte. Parallèlement, cette relation fusionnelle et dépendance apparaît menaçante pour elle avec la recherche d'un tiers que peut représenter son conjoint, l'enfant qu'elle garde mais aussi le traitement (et le produit). Enfin, elle recherche une relation anaclitique étayante avec son conjoint.

Chloé souhaiterait pouvoir reprendre la course à pied qui avait été très bénéfique pour elle lorsqu'elle avait arrêté les consommations d'héroïne : « *Ça me défoule d'aller courir. Je kifferai de reprendre le sport. Ah ! Rien que pour ça, de me dépenser, de ne penser à rien, (elle siffle) ma musique tac, tac, tac, je cours, je cours. J'ai beaucoup fait ça, euh, au tout début de mon traitement... Quand j'ai une pulsion, j'irai bien faire une bêtise là, j'allais courir... ou je vais aller marcher.* ». Pour le moment, lorsqu'elle est énervée, elle va fumer. Cela dénote une difficulté à mentaliser. Chloé a alors recours à l'agir, à l'acte pour évacuer des pulsions difficiles à contenir et impossible à élaborer psychiquement. Cela la déborde.

Son conjoint n'est pas un soutien dans ses démarches de substitution puisqu'il estime que « *c'est que dans la tête, c'est que du mental. Avant peut-être, il y aurait eu un moment peut-être, où ça aurait été que du mental. Le problème c'est que j'en ai abusé...* ». Chloé a entrepris de tout arrêter mais cela n'a pas tenu et a entraîné un sentiment de culpabilité à l'égard de son conjoint qu'elle a eu le sentiment de « *décevoir* ». Cela est d'ailleurs impossible actuellement de retenter l'expérience dans la mesure où elle doit « *gérer* » et « *qu'elle a une vie entre les mains* », celle d'Antoine.

RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES

Evolution des places générationnelles : passage du statut de fille à celui de mère

Chloé évoque des changements dans ses relations et dans son rapport à sa mère avec qui « *ça se passe [cependant] toujours bien* » : « *Après, je me trouve moins câline avec ma mère. Ouais, je suis moins bébé, enfin pas bébé, je me trouve moins câline avec ma mère. (...) Je suis plus sa petite fille je trouve.* ». Chloé dit « *se sentir adulte maintenant* ». Ainsi, Chloé évoque

un changement des places générationnelles. Elle n'occupe plus la place de « bébé », de petite dernière et de petite fille mais celle de mère.

Sa mère tient cependant toujours une place très importante pour Chloé et occupe également une fonction ressource, de soutien et d'étayage dans son nouveau rôle de mère. C'est également un modèle identificatoire en tant que mère. Par ailleurs, Chloé souhaite l'inclure dans tous les moments de vie importants d'Antoine.

L'ambivalence entre crainte et désir de retrouvailles avec le père

Concernant son père, Chloé n'en a eu aucune nouvelle depuis la naissance lorsque nous la rencontrons pour le second entretien. Elle semble toujours être en attente que son père se manifeste bien que cela reste extrêmement ambivalent avec l'attente qu'il fasse le premier pas mais la peur d'être déçue : « *Je pense que, qu'y devrait se poser la question arrivé à mon âge, si il se rappelle de ma date d'anniversaire quand même, que j'ai vingt-huit ans, je pourrais commencer à être maman, il pourrait quand même m'envoyer un message pour savoir ce que je deviens, quelque chose qu'il ne fait pas donc euh non* ». Finalement, entre cet entretien et le dernier son père a été mis au courant de la naissance d'Antoine par son ex-femme. Il n'a cependant pas repris contact avec Chloé pour autant. L'on note pourtant l'attente grandissante de sa fille qu'il se manifeste auprès d'elle et d'Antoine. Cela conduit à sa propre remise en question puisqu'elle se questionne sur son choix de ne pas avoir informé elle-même son père quand Antoine est né : « *Est-ce qu'il l'a mal pris ? Je me dis bon, est-ce qu'il aurait préféré que je lui dise moi-même, pff, ça fait quand même un an, il a un an, je ne lui ai toujours pas dit... Bon je peux comprendre que c'est un peu abusé !* ». Chloé explique qu'elle ne « connaît pas son père » et « ne sait pas comment s'y prendre avec lui ». Néanmoins, le désir de le voir réinvestir sa vie est patent.

CONSOMMATIONS

Le dosage du traitement de substitution de Chloé avait été légèrement augmenté en fin de grossesse ou à la naissance d'Antoine dans la mesure où « *je trouvais que le soir, j'étais un peu en manque* ». Elle est « redescendue » dernièrement mais elle évoque une grande fatigue et le sentiment que cela est dû au traitement trop faiblement dosé. Néanmoins, « *je m'obstine à rester à quinze quoi, je veux pas plus quoi. J'ai pas...pour moi j'ai pas de raison de prendre plus! Parce que j'étais à quinze alors pourquoi j'en prendrai plus après ?* ». Chloé semble ainsi se faire violence bien qu'elle ne se sente pas toujours bien : « *ça passera au bout d'un moment* ». Lors du dernier entretien, elle évoque cependant une plus grande difficulté à diminuer le

traitement depuis qu'elle est maman : « *J'ai l'impression que j'arrivais plus à baisser avant d'être maman, avant d'être enceinte que maintenant ! Alors est-ce que je suis fatiguée et du coup ça me pèse plus... (...) J'ai toujours peur que si je baisse un peu, je vais en baver le lendemain, quoi* ». Chloé souhaiterait d'ailleurs arrêter « *tout de suite* » si elle le pouvait : « *ça me saoule* », « *c'est gavant* », « *ça me gave* ». Les expressions utilisées nous interrogent. « *Saouler* » renvoie à l'alcoolisation massive tandis que « *gaver* » renvoie au remplissage par la nourriture. Ces deux termes nous renvoient directement aux addictions. Par ailleurs, c'est aussi le regard et les futurs questionnements de son fils qui pèsent pour Chloé, éclairant un sentiment de honte. C'est aussi la crainte que lui-même ait « *la curiosité de regarder ce que c'est et d'en manger, Oh l'horreur !!* ». Chloé a pour objectif de continuer à diminuer et d'arrêter complètement pour la fin d'année. L'on note cependant une fragilité exacerbée face aux produits lors du dernier entretien comme nous l'avons déjà évoqué qui s'articule au vécu abandonnique avec son conjoint et à la difficulté à trouver la juste distance dans la relation à son fils.

1.6.2. Protocole du Rorschach et psychogramme de Chloé

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I	14''	1	<i>C'est que dans ce sens-là, ça peut pas être dans l'autre hein ?</i> <i>Réponse de la clinicienne</i> Des petites mains à la rigueur là	<u>Y'a de la symétrie</u> Les deux pieds <u>Les deux anges qui vont se tenir</u> <u>la main</u> quoi avec les ailes de chaque côtés, leurs mains, leurs	D1	F+	Hd	Choc/Com./ Sym
		2	Des ailes d'anges <u>mais et encore</u> <i>Elle est pas facile elle hein</i>	jambes (deux anges face à face)	D7	F+	(Hd)	Com.
		3	Ouais comme des ailes d'anges de dos avec les mains comme ça.		D1+D7	F+	(Hd)	
II	15''	4	Un peu comme un masque africain	Le côté marron, le côté bois	G	FC-	Obj.	Choc
		5	Les yeux, la bouche, les joues, le nez	Les yeux, et comme taillé dans le bois le nez	D/G	FC-	Hd	
		6	Ouais un masque africain	La bouche, le menton	G	FC-	Obj.	

III	4''	7	Deux personnes l'une en face de l'autre assises à une table qui parlent, <i>Comme nous quoi</i>	Un nœud au milieu (<i>rép. Add</i>) <i>Ban</i> Idem Le visage, la poitrine, assises avec les jambes sous la table	G	K+	H	Ban Com.
IV	3''	8	Un poulet		G	F-	A	
		9	Un poulet pas cuit avec les pattes là en arrière, les ailes là.		G	F-		
V	10''	10	Un insecte		G	F-	A	Choc
		11	Un papillon <u>ou un truc dans le genre</u>		G	F+	A	Ban

VI	6''	12	Heu je sais pas comment on appelle ça	La peau étalée derrière	D12+D5+D3	F+/-	Obj.	Com.
		13	Une espèce de totem indien Comme Buffalo Grill, devant le resto Et puis une peau de bête en bas		D1	F+	A/obj.	Ban
VII	15''	14	Je verrais un collier		G	F+	Obj.	Choc
		15	Un gros collier d'un créateur		G	F+	Obj.	
VIII	2''	16	Une carcasse de poulet	Un reste de carcasse, pas de poulet, une carcasse Et un ours de chaque côté <u>qui grimpent</u>	Dbl	F-	Anat	→ Tend. choc Ban
		17	Avec des ours sur les côtés		D1	F+	A	
IX	15''	18	Deux visages d'ours de chaque côté	Un ours ou Shrek <u>parce que c'est vert</u>	D1	F-	Ad	Choc
		19	ou Shrek		D1	FC+	(H)	

		20	Et là un cerf sur le côté avec ses cornes (<i>orange</i>)	Et de profil un cerf avec les cornes, les bois plutôt	D3	F+	A	
X	9''	21	Un visage	Une peinture (<i>rép. Add</i>)	G	F-	Hd	Choc
	v	22	Les yeux, le nez, la bouche, le menton avec une barbichette	Un masque un peu abstrait (<i>rép. Add</i>) Une espèce de couronne, comme un dessin sur le front (<i>rép.add</i>)	D/G	F-	Hd	

Temps total : 20''

Choix + : - III : les personnages.

- I : les anges

Choix - : - II : Je sais pas. J'aime pas le rendu qu'elle donne. Le rouge.

- X : Parce que si c'était un vrai masque, il ferait peur.

Manipule beaucoup les planches +++.

PSYCHOGRAMME Chloé

R : 22

R additives : 4

Refus :

Tps total : 20'

Tps/rep. Moyen :

G : 12

G%: 55

D: 9

D%: 40

Dd:

Dd%:

Dbl: 2

Dbl%: 9

Choix + : III, I

Choix - : II, X

TRI : 1K/2C

F. Compl. : 0/0

RC% : 32

IA% : 32

F: 17

F%: 77

F+% : 56

F+% élargi : 61

K: 1+

kan:

kp:

kob:

FC: 4

CF:

C:

FC':

C'F:

C':

FE:

EF:

E:

FClob

ClobF:

Clob:

H: 1

Hd: 4

(H): 1

(Hd) : 2

A: 6

Ad: 1

(A):

Ban : 4 (+ 1 à l'enquête)

Elem :

Frag :

Obj : 6

Anat : 1

Géo :

Bot :

Scène :

Nature :

Arch :

Abstr :

Symb :

Sang :

Sexe :

H%: 27

A%: 32

Eléments qualitatifs : Com. Pl. I, II, VI

Sym. Pl. I

1.6.3. Analyse du protocole du Rorschach de Chloé

1.6.3.1. Clinique de la passation

Le protocole de Chloé est marqué par une verbalisation à la fois inhibée (chocs, temps de latence importants) et labile. La productivité reste normative avec un nombre de réponses et un temps de passation normatifs. Le protocole apparaît dès le premier abord hétérogène avec une richesse des déterminants et une alternance entre bonnes et mauvaises formes. Chloé est investie dans la passation mais celle-ci est également source d'angoisse. L'on note en effet des manifestations d'angoisse au début de la passation avec des questions et des commentaires (planche I) et un besoin de réassurance. Par ailleurs, Chloé manipule beaucoup les planches, si elle ne les retourne pas, elle les prend toutes dans ses mains. Chloé est également sensible à la couleur et à la texture, questionnant l'existence d'une problématique des limites.

1.6.3.2. Analyse des processus de pensée

Le F% est supérieur à la norme et rend compte d'un contrôle sur la vie affective et fantasmatique, interne de Chloé. Cela traduit également un surinvestissement du perceptif au détriment de la vie interne et émotionnelle, investi comme défense contre l'envahissement fantasmatique risquant d'être désorganisant. Cela n'est cependant pas opérant puisque la tentative d'adaptation à la réalité échoue avec un F+% et un F+% élargi largement inférieurs à la norme. Cela rend compte d'un échec des défenses rigides, d'une perturbation de l'adaptation à la vie externe par envahissement des affects et des fantasmes et d'une défaillance des frontières entre dedans et dehors. Chloé se trouve désorganisée à plusieurs planches mais est en capacité de se reprendre avec une forme de bonne qualité et donc une bonne perception à la deuxième réponse qu'elle donne pour chacune de ces planches (planches V, VIII, IX). La sollicitation latente des planches vient ainsi déborder fantasmatiquement Chloé qui peut cependant s'appuyer par la suite sur le percept pour donner une réponse adaptée. L'on note cependant des désorganisations perceptives aux planches II, IV et X où Chloé est envahie par les fantasmes et les projections.

Les banalités s'avèrent dans les normes rendant compte d'une conformité sociale et d'une bonne socialisation malgré tout. Le nombre de réponses humaines s'avère cependant supérieur à la norme contrairement aux réponses animales inférieures à la norme. De plus, les contenus « parties d'humain » sont plus nombreux que les contenus humains entiers. Cela traduirait une problématique concernant l'intégrité du corps si les contenus animaux entiers n'étaient pas plus nombreux que les contenus « parties d'animaux ». Cela rend donc plus

compte d'une difficulté à s'identifier à des contenus humains, d'une identité moins bien assumée et plus immature. Le protocole reste cependant adapté.

Concernant l'activité de pensée, elle apparaît donc également envahie par les projections de Chloé aux vues de l'instabilité formelle. Les réponses globales sont supérieures à la norme, rendant compte d'une tentative de maîtrise et de prise de distance face au matériel et à ses sollicitations. Cela n'est cependant pas toujours opérant puisque les réponses G sont associées à des mauvaises formes aux planches II, IV et X. La planche II rend d'ailleurs compte d'un G de type impressionniste où Chloé s'accroche à la couleur pour tenter de maintenir la cohésion. Cela signe une problématique plus narcissique. L'on note essentiellement des G simples (associés à des F+) (planches III, V, et VII), ce qui rend compte d'un certain conformisme mais stéréotypé et d'une certaine passivité face au monde extérieur.

Les réponses D rendent compte, dans le protocole de Chloé, d'un évitement sécuritaire face aux sollicitations des planches. Cela s'avère, la plupart du temps, opérant (planches I, VI, VIII et IX).

L'on note également un Dbl supérieur à la norme qui rend ainsi compte d'une sensibilité au blanc, au vide à la planche VIII dans quelque chose de mortifère et qui peut potentiellement perturber l'identité (« carcasse »). La sensibilité au blanc et au vide s'avère également signifier le déni de la castration à la planche II (« le nez »). La sensibilité au vide vient toujours désorganiser les processus de pensée.

Malgré une importante donnée aux modalités d'évitement du monde interne et du monde des affects (F% supérieur aux normes, G%, D%, inhibition), l'on note la présence d'une kinesthésie humaine entière à la planche III et une kinesthésie animale entière à l'enquête de la planche VIII. Celles-ci sont associées à de bonnes formes et rendent donc compte d'une pensée créative et d'une vie interne accessible et investie lorsqu'elle n'est pas débordée par les fantasmes. Il y a possibilité de fonctionner dans l'aire transitionnelle pour Chloé.

Par ailleurs, l'on note également une sensibilité à l'environnement avec un RC% dans les normes et une imprégnation par l'environnement qui nourrit les processus de pensée avec une bonne forme à la planche IX et à la planche X. Cela permet par ailleurs à Chloé de se reprendre. Chloé s'avère également sensible à la couleur rouge à la planche II. Les pulsions ne peuvent être intégrées à une représentation. Elles viennent désorganiser violemment la perception puisque le rouge est identifié comme marron, de même que le noir (fausse perception). Par ailleurs, cela entraîne une réponse « peau » traduisant la mise à mal des limites

et la problématique narcissique sous-jacente. La planche II fait d'ailleurs l'objet d'un choix négatif de par sa structure perceptive et la présence du rouge.

Le cadre entre mondes interne et externe apparaît ainsi particulièrement fragile et mis à mal chez Chloé avec l'investissement perceptif autant que la pensée, débordés par les mouvements projectifs et les fantasmes. Les défenses rigides et inhibitrices ne sont pas toujours opérantes. Malgré tout, l'on note une certaine adaptation et conformité sociale chez Chloé ainsi que la possibilité de se récupérer après la première confrontation aux planches. L'on note également une sensibilité à l'environnement dans quelque chose de l'ordre du plaisir et une créativité de la pensée possible lorsque Chloé n'est pas trop sollicitée par le matériel et donc lorsqu'elle n'est pas envahie par ses fantasmes et projections. Le monde externe et perceptif est néanmoins surinvesti au détriment du monde interne. La couleur rouge et les sollicitations affectives et pulsionnelles sous-jacentes s'avèrent désorganisantes pour Chloé.

1.6.3.3. Représentations de soi, narcissique

La présence de kinesthésies humaines à la planche III ainsi que de réponses animales entières plus nombreuses que les réponses « parties d'animal » rend compte d'une représentation de soi intègre et de l'intégrité de l'image du corps. Néanmoins, l'on note une surreprésentation de personnages humains imaginaires ((H) et (Hd)) ainsi qu'une supériorité des contenus animaux (A et Ad) qui mettent en évidence une difficulté à assumer son identité et une immaturité (« ange », régressif planche I). Par ailleurs, la réponse de la planche V est d'abord marquée par une mauvaise forme. Chloé se reprend ensuite mais avec quelque chose de flou, de vague. Cela met en évidence une certaine fragilité de l'identité. Par ailleurs, les réponses aux planches unitaires oscillent entre bonnes et mauvaises formes. Cela rend également compte d'une fragilité identitaire sans que l'on puisse parler de véritable problématique identitaire chez Chloé.

L'on note la présence de réponses « peau » qui traduisent un renforcement des enveloppes et donc une porosité des limites dans un versant narcissique aux planches II (« masque »), VII (« collier ») et aux planches X à l'enquête (« masque », « couronne »). L'on note également une réponse symétrie à la planche I. Cela met en évidence la problématique des limites ainsi que la problématique narcissique. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà noté, le F^{+0} s'avère très largement inférieur à la norme avec une alternance entre bonnes et mauvaises formes qui participe à un protocole hétérogène. Cela traduit également la présence d'une

problématique des limites. Celle-ci est renforcée par l'effraction sensorielle à la planche II et à la planche VIII et par le contenu flou, vague à la planche V (« un papillon ou un truc dans le genre »).

L'identification du « nez » dans le blanc à la planche II rend compte d'un déni de la castration chez Chloé. La réponse de la planche IV pourrait renvoyer à une dévalorisation du masculin qui est identifié à travers le symbole phallique. La confrontation à cette planche masculine est en tout cas désorganisant pour Chloé. La planche VI peut être traitée plus sereinement puisqu'elle identifie très clairement le symbole phallique mis à distance par le refus puis l'intellectualisation et le recours à la réalité externe (« une espèce de totem indien, comme Buffalo Grill devant le resto »). Elle identifie également la réponse banale. La passivité est accessible (« peau de bête ») mais la manipulation de la planche laisse entendre l'angoisse sous-jacente. L'on note ainsi la double valence active et passive.

La planche VII rend compte d'une identification féminine possible avec l'objet féminin séducteur (« collier ») mais dans une problématique phallique-narcissique puisque l'objet collier est survalorisé (« gros collier de créateur »). La planche IX est traitée sur un mode phallique également avec « Shrek », « le cerf » et surtout « ses cornes ». Chloé n'identifie pas de sexualité à la planche III. On peut ainsi retrouver une problématique de castration dans quelque chose d'une problématique plus narcissique qu'œdipienne et associée à une problématique identificatoire à minima mais elle peut malgré tout s'identifier à la puissance phallique et au féminin aux planches VI et VII.

1.6.3.4. Représentations de relations

L'on a déjà noté la présence d'une kinesthésie humaine à la planche III. Il s'agit d'un K de posture qui rend compte d'une relation marquée par la distance, dans un évitement probable de l'agressivité. La kinesthésie animale à l'enquête de la planche VIII ne permet pas la relation. Cela met en évidence une certaine difficulté dans la relation ou face à celle-ci, d'autant que l'on note seulement deux K dont une à l'enquête. Cela rend de nouveau compte d'une problématique qui se situe sur le plan narcissique. Il n'est ainsi pas question de relation aux planches II ou VII. La planche VII rend compte de la possible identification au féminin et donc de la possibilité d'identification à l'imgo maternelle dans son versant féminin. Néanmoins, la représentation est marquée par une survalorisation phallique-narcissique comme nous l'avons déjà noté qui rend compte de la problématique de Chloé et d'une imago maternelle idéalisée, peut-être comme défense contre sa dévalorisation. L'identification maternelle féminine reste cependant

partiellement structurante pour Chloé dans son identification au féminin. L’imago maternelle archaïque apparaît clairement comme toute-puissante et phallique avec la référence à Shrek, au cerf et à ses « cornes ».

Nous avons déjà évoqué la relation au masculin paternel précédemment.

La planche I comme confrontation à la nouveauté est source d’angoisse avec le temps de latence important et le commentaire sur le matériel. L’isolation permet à Chloé de ne pas se laisser désorganiser par la sollicitation de la planche qui la renvoie à la régression. L’enquête laisse entrevoir le besoin de s’appuyer sur l’autre et ainsi la dépendance face à une planche relativement angoissante (« deux anges qui vont se tenir la main »). Cela renverrait à une problématique de dépendance à l’autre et donc à un trouble du processus de séparation-individuation. Cette planche fait malgré tout l’objet d’un choix positif, de même que la planche III où la reconnaissance de personnages humains semble rassurante.

La planche X est marquée par la désorganisation sous l’impact de l’angoisse de séparation. La séparation entraîne la mise en place de défenses renforçant les enveloppes et le narcissisme (« masque », « couronne »), et traduisant ainsi de nouveau la présence de ces deux problématiques. La problématique de séparation renforce l’hypothèse d’un défaut d’élaboration du processus de séparation-individuation chez Chloé. Cette planche fait l’objet d’un choix négatif dans la mesure où « si c’était un vrai masque, il ferait peur ».

La problématique relationnelle apparaît ainsi évacuée face à la problématique narcissique.

1.6.3.5. Modalités d’angoisse et procédés défensifs

Les modalités défensives de Chloé s’avèrent riches mais pas toujours opérantes. L’on note ainsi des procédés rigides avec la centration sur le percept, la réalité externe (G, D, F), l’isolation (D, planches I, II, X), l’intellectualisation (planches VI, VII, X enquête) et la dénégation (planche VIII enquête). Ces défenses s’avèrent relativement opérantes excepté le surinvestissement du monde externe et l’isolation puisque la pensée et le percept sont envahis par les fantasmes. L’on note également des défenses labiles : régression (planches I, IX) et un temps de latence absent ou au contraire important à de nombreuses planches traduisant le refoulement. Cet allongement du temps de latence rend également compte de l’évitement, de la tentative de mise à distance du matériel et de l’inhibition. Cela n’est pas toujours efficace pour empêcher les débordements. L’on note également des K réprimés (répression). Enfin, les processus primaires sont également présents dans ce protocole à travers les désorganisations

formelles importantes, le déni (planche II), l'identification projective (planche I) et la projection qui rend compte d'un vécu persécutif aux planches II et X (« visage », « yeux ») et menaçant.

L'angoisse est présente tout au long du protocole à travers les manipulations presque maniaques des planches, les commentaires en début de passation et les chocs à presque toutes les planches avec un temps de latence très long ou bien complètement absent. L'indice d'angoisse est également bien au-dessus de la moyenne. Chloé semble plutôt se situer du côté de l'angoisse de perte mais nous nous questionnons sur une éventuelle angoisse de castration associée.

1.6.4. Protocole du TAT de Chloé

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: Euh...bof c'est... Je sais pas. Je vois un garçon euh...qui sait pas jouer et on lui demande de jouer un instrument et qui sait pas comment on fait. Je sais pas. C'est des peintures nan?

Procédés du discours : Euh...bof c'est... Je sais pas [CI1]. Je vois un garçon euh...qui sait pas jouer et on lui demande de jouer un instrument et qui sait pas comment on fait [A11 ; B12 ; B23 ; A24]. Je sais pas [CI1]. C'est des peintures nan? [CM1]

Problématique de la planche : *L'immaturité fonctionnelle est identifiée par Chloé. La problématique est traitée à la fois dans un conflit intra et interpersonnel. Face au conflit interne que la problématique de castration induit chez Chloé, celle-ci introduit des personnages anonymes qui seraient alors porteurs de la demande, du désir. L'évitement du conflit ne permet pas de possibilité de dégagement pour Chloé.*

Planche 2: (5 sec) Bah je vois, je vois le côté campagne et le côté ville. Euh...bah ouais, le monde rural et le monde de la ville. Je vois ça comme ça. Je me vois moi, aller à [petit village] de temps et temps et à [ville].

Procédés du discours : (5 sec) Bah je vois, je vois le côté campagne et le côté ville. Euh... bah ouais, le monde rural et le monde de la ville [E11 ; B23 ; A11 ; A31]. Je vois ça comme ça. Je me vois moi, aller à [petit village] de temps et temps et à [ville] [B21]. [CI]

Problématique de la planche : *Le scotome des trois personnages sert à l'évitement, au refoulement de la triangulation œdipienne et des conflits qui s'y rattachent. Néanmoins, les représentations contrastées traduisent le conflit entre les désirs portés par deux instances différentes : le désir intellectuel et le désir sexuel. Le commentaire personnel permet de mettre à distance ce conflit psychique.*

Planche 3BM : Euh... (4 sec) Je sais pas si c'est une seringue ou un ciseau qu'est à côté. On dirait une seringue. Non bah un shoot quoi. Enfin je sais pas c'est... On dirait que c'est une seringue qu'est là. Quelqu'un qui vient de se faire un shoot. Ouais.

Procédés du discours : Euh... (4 sec) Je sais pas si c'est une seringue ou un ciseau qu'est à côté. On dirait une seringue [A31 ; A11, A31]. Non bah un shoot quoi [A23 ; E23]. Enfin je sais pas c'est... On dirait que c'est une seringue qu'est là. Quelqu'un qui vient de se faire un shoot. Ouais [CI1 ; A31 ; A11 ; CI2 ; E23].

Problématique de la planche : *La problématique de perte d'objet induite par la planche entraîne la mise en place de défenses rigides par Chloé qui reste accrochée à la réalité externe. Le remâchage empêche une progression du récit qui s'enlise. Chloé n'évoque aucun affect ni représentation dépressifs. La conflictualisation est impossible. C'est la représentation de la drogue, du « shoot » qui domine. La représentation de l'objet-drogue, à travers ses effets, est convoquée face à la représentation de la perte d'objet impossible à élaborer.*

Planche 4: (5 sec) Euh, je me vois moi dire à [prénom de son conjoint] euh... : « Restes ». Ouais je me vois moi. Ouais je suis pas aussi coquette mais là, je me vois moi avec [prénom de son conjoint].

Procédés du discours : (5 sec) Euh, je me vois moi dire à [prénom de son conjoint] euh... : « Restes » [B21 ; CL2 ; B32 ; B12]. Ouais je me vois moi [CL2]. Ouais je suis pas aussi coquette mais là, je me vois moi avec [prénom de son conjoint]. [CN2- ; A31 ; CL2 ; B32].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche sollicite Chloé dans son propre vécu dans quelque chose de l'ordre de l'angoisse de séparation et d'abandon. Elle se met en scène dans la relation à son conjoint. L'angoisse de séparation et d'abandon vient mettre au jour une instabilité des limites et une dépendance à l'objet externe qui traduit les défaillances de l'objet interne. La sensibilité dépressive entraîne également une dévalorisation narcissique.*

Planche 5: (14 sec) Putain la vache je vois rien du tout euh... Quelqu'un de curieux euh... Ouais je dirai quelqu'un de curieux, qui vient euh, sans prévenir. Ouais.

Procédés du discours : (14 sec) Putain la vache je vois rien du tout euh... [E23 ; B21 – exclamation ; CL2 ; CI1] Quelqu'un de curieux euh... Ouais je dirai quelqu'un de curieux, qui vient euh, sans prévenir. Ouais [CI2 ; E22 ; A31 ; CI2 ; E22 ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche entraîne une perte de distance de Chloé avec une représentation massive et vient également mettre à mal les limites entre dedans et dehors avec une insistance sur le percept. Il est intéressant qu'elle verbalise « ne rien voir » à la planche sollicitant le fantasme lié à la pulsion scopique. Cela signe la reconnaissance et le refoulement de la problématique. Chloé peut néanmoins s'appuyer sur des procédés d'inhibition pour évoquer la représentation d'une imago maternelle surmoïque persécutif qui domine la problématique de la planche.*

Planche 6GF : (7 sec) Je préférais les images de tâches. (rire). Euh celle-là... (5 sec) On dirait une des images du film « Autant en emporte le vent ». Euh... (4 sec) L'inquiétude. Je sais pas ouais, la méfiance, euh... On sait pas qui c'est lui euh... L'étonnement euh... La crainte euh, je sais pas. Il prend ses distance. Je sais pas. Ça fait un peu peur.

Procédés du discours : (7 sec) Je préférais les images de tâches (rire) [B21 ; CM3]. Euh celle-là... (5 sec) [CI1] On dirait une des images du film « Autant en emporte le vent » [CN3 ; A14]. Euh... (4 sec) L'inquiétude [CN3]. Je sais pas ouais, la méfiance [CI1 ; CN3]. Euh... On sait pas qui c'est lui euh... [CI2] L'étonnement euh... [CN3] La crainte euh, je sais pas [CN3 ; CI1]. Il prend ses distance [E41 ; CI2]. Je sais pas [CI1]. Ça fait un peu peur [B22 ; CI2]. [E11]

Problématique de la planche : *La critique du matériel vient traduire l'angoisse de Chloé face à ces planches plus figuratives. Les défenses narcissiques sont massivement utilisées par Chloé*

dans une tentative d'inhibition pulsionnelle avec le figement en tableau qui renvoie au figement pulsionnel entravant l'accès au conflit psychique. Les affects s'érigent comme portes - parole d'une représentation aconflictuelle. Le scotome des personnages sert également une tentative de mise à distance de l'excitation pulsionnelle. La craquée verbale signe la défaillance des processus secondaires sous l'impact des fantasmes de séduction. Nous nous demandons si cette craquée verbale ne signe pas un retournement du fantasme de séduction (fantasme de séduction mélancolique) où la femme est séductrice. Le rapproché hétérosexuel et les fantasmes libidinaux et potentiellement incestueux sont sources d'angoisse pour Chloé. L'évitement du conflit est massif.

Planche 7GF : C'est un bébé qu'elle tient là ? *Ça peut.* Elle le tient très mal alors! (rire) Euh...moi je trouve que c'est plus une poupée. Parce que...moi je pense que c'est une mère avec sa fille, sa fille avec une poupée. Euh... *Et qu'est-ce qu'il se passe?* (5 sec) Euh, je pense que la mère parle et que la fille écoute pas. Oui, la fille écoute pas et la mère doit lui dire des choses importantes. À mon avis, elle est dans, dans son petit monde. Elle tient mal sa poupée donc c'est qu'elle doit être ailleurs.

Procédés du discours : C'est un bébé qu'elle tient là ? [CM1 ; CI2] *Ça peut.* Elle le tient très mal alors! (rire) [CI2 ; CM1- ; CM3] Euh...moi je trouve que c'est plus une poupée. Parce que...moi je pense que c'est une mère avec sa fille, sa fille avec une poupée. Euh... [A31 ; A11]. *Et qu'est-ce qu'il se passe?* (5 sec) Euh, je pense que la mère parle et que la fille écoute pas [A31 ; B11 ; B23]. Oui, la fille écoute pas et la mère doit lui dire des choses importantes [B11 ; B23]. À mon avis, elle est dans, dans son petit monde [A31 ; A24 ; A34]. Elle tient mal sa poupée donc c'est qu'elle doit être ailleurs [A11 ; CM1-, A24 ; A34].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche réactive un conflit d'ambivalence dans la relation mère-enfant en terme de proximité et de rejet. Le conflit se repère dans un évitement de la relation avec des pulsions agressives portées par la fille. Par ailleurs, la problématique de la planche vient également mettre en exergue une défaillance du « holding » dans les relations précoces. L'identification à la mère pour accéder à la place de mère et de femme reste impossible pour Chloé.*

Planche 9 GF : (5 sec) C'est dans la forêt nan? C'est... *Ça peut.* Euh pareil, quelqu'un qui se cache pour euh espionner quelqu'un qui part en courant. Ou quelqu'un qui la rejoint. Nan, c'est

deux personnes qui fuient. Deux personnes qui fuient. Je sais pas ce qu'elle a dans les mains. Ça doit être important. (3 sec) Ouais je dirais deux personnes qui fuient. Je sais pas mais y'a quelque chose qui fait peur.

Procédés du discours : (5 sec) C'est dans la forêt nan? C'est... [CM1] *Ça peut.* Euh pareil, quelqu'un qui se cache pour euh espionner quelqu'un qui part en courant. Ou quelqu'un qui la rejoint [CI2 ; A11 ; E22 ; CI2 ; B24 ; A31 ; CI2 ; E31]. Nan, c'est deux personnes qui fuient [A32 ; CI2 ; B24 ; CI2]. Deux personnes qui fuient [A31 ; CI2 ; B24 ; CI2]. Je sais pas ce qu'elle a dans les mains. Ça doit être important [CI1 ; CI2 ; A11 ; CI2]. (3 sec) Ouais je dirais deux personnes qui fuient [A31 ; CI2 ; B24 ; CI2]. Je sais pas mais y'a quelque chose qui fait peur [CI1 ; CI2 ; E23].

Problématique de la planche : *Chloé ne reconnaît pas la rivalité entre les deux femmes. Elles apparaissent au contraire unies dans la fuite face à un objet persécuteur, dangereux, menaçant. Malgré la dramatisation, c'est l'inhibition qui domine le récit. La problématique de la planche semble alors solliciter une agressivité plus violente voir mortifère où l'attaque de l'autre serait susceptible d'entraîner sa disparition.*

Planche 10 : (4 sec) C'est deux... Ah nan je vois deux hommes là. C'est deux hommes (6 sec) Bah deux homme enlacés. Après je sais pas si c'est un vieux avec un jeune ou un jeune avec un vieux. Deux hommes qui s'enlacent ouais. Ou qui dorment peut-être.

Procédés du discours : (4 sec) C'est deux... Ah nan je vois deux hommes là [A11]. C'est deux hommes (6 sec) Bah deux homme enlacés [A31 ; A11 ; B32]. Après je sais pas si c'est un vieux avec un jeune ou un jeune avec un vieux [A31 ; A31 ; B33]. Deux hommes qui s'enlacent ouais. Ou qui dorment peut-être [A31 – remâchage ; A11 ; B32 ; A31 – hésitation ; CF1].

Problématique de la planche : *Les procédés rigides ne permettent pas le déploiement d'un conflit et Chloé s'enlise de nouveau dans son récit, malgré la reconnaissance de la relation et des motions de tendresse apparaissant à minima. Celles-ci sont immédiatement annulées dans un accrochage au percept. L'on note également l'instabilité identificatoire.*

Planche 11 : (3 sec) Ouh la vache! Un dragon? C'est un dragon là? Euh (10 sec) ah oui, ça doit être plusieurs personnes à mon avis. Je pense que c'est des... des chevaliers parce que c'est un

dragon alors ça doit être des chevaliers qui attendent qu'ils soient plusieurs euh à se, à se regrouper pour mieux battre le dragon.

Procédés du discours : (3 sec) Ouh la vache! [B21] Un dragon ? C'est un dragon là? [CM1] Euh (10 sec) [CI1] ah oui, ça doit être plusieurs personnes à mon avis [A31 ; B12]. Je pense que c'est des... des chevaliers parce que c'est un dragon [A31 ; CN2+ ; A11]. Alors ça doit être des chevaliers qui attendent qu'ils soient plusieurs euh à se, à se regrouper pour mieux battre le dragon [A31 ; A31 – remâchage ; CN2+ ; B11 ; B21 – scénario dramatisé ; B11].

Problématique de la planche : *La régression induite par la planche mettant en jeu l'imaginaire maternel archaïque permet à Chloé une conflictualisation par le biais de la dramatisation et de l'investissement de la relation. Cela permet par ailleurs à Chloé de se dégager du conflit qui est alors élaboré.*

Planche 13B : (10 sec) Un petit garçon abandonné tout seul qui attend le train. Ouais qu'attend un wagon pour monter dedans.

Procédés du discours : (10 sec) Un petit garçon abandonné tout seul qui attend le train. Ouais qu'attend un wagon pour monter dedans. [A11 ; CM1- ; CM1- ; E41]

Problématique de la planche : *La problématique de perte d'objet est marquée par la reconnaissance de la solitude sans mise en lien avec des affects dépressifs ou avec un objet secourable. Le récit ne peut se conflictualiser. La problématique de perte est tellement massive qu'elle entraîne une perturbation de la secondarisation avec une désorganisation par émergence des processus primaires.*

Planche 13MF : (7 sec) Deux personnes qui se connaissent pas plus que ça. Deux amants. Ils ont fait leur petite affaire et il repart. Il s'est habillé.

Procédés du discours : (7 sec) Deux personnes qui se connaissent pas plus que ça [CI2 ; A23]. Deux amants [B32]. Ils ont fait leur petite affaire [CI2 – banalisation ; B32] et il repart [CI2 ; CF1]. Il s'est habillé [CF1].

Problématique de la planche : *La dimension érotique est d'abord éludée puis reconnue. Les défenses labiles et le surinvestissement de la réalité externe empêche toute évocation d'une problématique mortifère. Les mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs sont évités.*

Planche 19 : (5 sec) Un bateau euh...un bateau américain, je sais plus comment on peut appeler ça. On dirait un dessin d'enfant. (5 sec) Ouais un bateau sur l'eau euh...qu'avance dans le noir.

Procédés du discours : (5 sec) Un bateau euh...un bateau américain, je sais plus comment on peut appeler ça [A11 ; A14]. On dirait un dessin d'enfant [A31 ; CN3]. (5 sec) Ouais un bateau sur l'eau euh... qu'avance dans le noir [A11 ; CI3 ; B24 ; CN4].

Problématique de la planche : *Les défenses rigides (référence à la réalité externe) autant que les défenses narcissiques viennent entraver la conflictualisation et la construction d'un récit. Il apparaît une problématique des limites par la référence aux qualités sensorielles. L'extérieur apparaît par ailleurs angoissant et potentiellement menaçant.*

Planche 16 : (rire) Une page blanche ! Euh bah nan, je crois que tout est écrit hein! On peut tout imaginer. Si je parle de moi, je vais parler d'une, d'une euh, d'un début d'histoire avec mon fils et...et on écrira au fur et à mesure. Voilà.

Procédés du discours : (rire) [CM3] Une page blanche ! Euh bah nan, je crois que tout est écrit hein! On peut tout imaginer. Si je parle de moi, je vais parler d'une, d'une euh, d'un début d'histoire avec mon fils et...et on écrira au fur et à mesure. Voilà. [A11 ; CN1 ; B11]

Problématique de la planche : *L'absence de support perceptif entraîne une centration narcissique de Chloé qui évoque néanmoins le futur dans la relation avec son fils.*

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 ++	CF1 +	E11 +
A12	B12 +	CF2	E12
A13	B13		E13
A14 +	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21	B21 ++	CI3	E21
A22	B22 +		E22 +
A23 +	B23 ++	CN – Investissement narcissique	E23 ++
A24 +	B24 ++	CN1 +	
		CN2 +	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3 ++	E31 +
A31 +++	B31	CN4 +	E32
A32 +	B32 ++	CN5	E33
A33	B33 +		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41 +
		CL2 +	E42
		CL3	E43
		CL4	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 ++	
		CM2	
		CM3 +	

1.6.5. Analyse du protocole du TAT de Chloé

1.6.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole de Chloé s'avère relativement riche. Il apparaît également plus « évident » à lire que celui du Rorschach, très hétérogène. L'on note la présence d'angoisse en début de test qui se manifeste à travers des questions ou des commentaires concernant le matériel et par accrochage au percept et aux caractéristiques structurales des planches. Cela traduit d'ailleurs une tentative d'évitement, de prise de distance face aux sollicitations latentes et un besoin d'étayage. Certaines problématiques sollicitent massivement Chloé dans son propre vécu, à travers des commentaires personnels ou l'identification massive à un personnage avec déni de la relation ou de l'altérité.

L'on repère ainsi des procédés rigides. Il s'agit notamment de la description de la réalité externe qui peut servir de cadre au récit mais ne permet pas pour autant toujours la conflictualisation. Le doute à travers les précautions verbales, le remâchage et les hésitations entre représentations différentes domine. L'on note une possibilité d'investissement du monde interne, mis à distance, à travers la dénégation.

Les procédés labiles sont également présents rendant compte d'un possible investissement des relations et de relations érotisées. Néanmoins, l'érotisation des relations s'articule à l'angoisse de perte à la planche 4 et probablement à la planche 13MF où les mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs sont réprimés, évités. De même à la planche 10 malgré l'évocation de relation de tendresse, réprimée par la suite. La dramatisation est massivement présente sur l'ensemble du protocole à travers des commentaires et exclamations et l'évocation de représentations contrastées. Les procédés labiles et notamment la dramatisation permettent la conflictualisation, ce qui n'est pas le cas des défenses rigides et de l'inhibition.

Celle-ci est présente également massivement mais elle ne bloque pas l'élaboration d'un récit ou la conflictualisation, contrairement aux procédés rigides du doute. L'on retrouve cependant beaucoup d'anonymat des personnages et, lorsqu'il y a conflit, des motifs non précisés. Cela rend bien compte malgré tout d'un certain évitement du conflit psychique. L'on note également de nouveau l'évitement des mouvements pulsionnels agressifs et libidinaux aux planches 10 et 13MF avec le surinvestissement de la réalité externe. Les procédés d'investissement narcissique sont surreprésentés à la fois dans un évitement des mouvements pulsionnels et de la relation planche 6GF et mettant en avant une fragilité narcissique aux planches 4 et 11. Cela rend compte d'une problématique narcissique. L'on note une porosité des limites face à la massivité des projections en lien avec l'angoisse de perte d'objet (planche

4). Enfin, l'on note une importance du besoin de soutien et d'étayage à travers la présence importante de mécanismes antidépressifs.

L'émergence des processus primaires rend compte de la massivité des projections aux planches œdipiennes notamment renvoyant à la rivalité et à la perte d'objet (planches 2, 6GF et 9GF).

1.6.5.2. Synthèse des problématiques

La triangulation œdipienne apparaît impossible à élaborer dans la mesure où les trois personnages sont scotomisés. L'on note néanmoins un conflit entre désir intellectuel et désir sexuel. La centration est portée sur Chloé elle-même dans un déni de l'altérité et de la relation. La planche 6GF rend compte d'une angoisse face au rapproché hétérosexuel potentiellement incestueux. Les mouvements pulsionnels libidinaux et érotiques sont figés. Le fantasme de séduction entraîne une légère désorganisation. Enfin, la planche 9GF est marquée par l'absence d'identification sexuée et l'impossible rivalité qui se termine par quelque chose de presque spéculaire face à un objet extérieur menaçant. Cela rend compte d'une rivalité impossible sous-tendue probablement par le fantasme d'une destruction de l'objet et ravivant l'angoisse de perte.

La position dépressive apparaît justement non élaborée pour Chloé puisque la planche 3 ne fait l'objet d'aucun affect ou représentation dépressif mais implique le recours à l'objet-drogue et à ses effets pour lutter contre la représentation de perte. La planche 13B renvoie une représentation de solitude correspondant à un abandon sans affects dépressifs associés ni d'étayage possible sur un objet secourable. Cela traduit une défaillance des objets externes et internes et la présence d'une problématique et d'une angoisse de perte d'objet chez Chloé. Celle-ci se repère d'ailleurs à la planche 4 où la relation érotisée est associée à cette angoisse de perte et vient mettre à mal le narcissisme de Chloé. La planche 13MF, par l'évitement des mouvements pulsionnels agressifs mortifères et libidinaux à minima, laisse penser que l'agressivité pourrait engendrer la destruction de l'objet (comme à la planche 9GF).

La relation mère-fille à la planche 7GF est marquée par le rejet et l'agressivité à l'encontre de la mère, ainsi que par une nette défaillance du « holding » dans les relations précoces. Par ailleurs, l'identification à la figure maternelle s'avère impossible pour Chloé. Néanmoins, il lui est possible de se dégager de l'imgo maternelle dans un scénario positif à la planche 11 dans quelque chose d'un accès au symbolique. La planche 19 vient cependant mettre au jour une défaillance des limites et un extérieur potentiellement angoissant.

1.6.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Chloé

Le discours de Chloé est fourni avec beaucoup de précisions et de détails. Les procédés utilisés sont nombreux et hétérogènes. L'on note également un recours important aux mécanismes rigides que sont la déniation et la rationalisation. Le premier met en évidence une certaine conflictualisation psychique. Cela s'articule avec un besoin de maîtrise sur les choses que l'on peut mettre en lien avec une lutte massive contre la passivité. Celle-ci semble en effet difficilement supportable pour Chloé, la renvoyant à des vécus régressifs et dépressifs. Cela est corroboré par le recours à l'agir et au surinvestissement de l'activité pendant les entretiens. Les procédés labiles sont aussi présents notamment à travers l'évocation d'affects et la présence de représentations contrastées. Le discours est également très dramatisé et hystérisé dans la mesure où l'on retrouve également de nombreuses mises en dialogue qui semblent être la manière privilégiée de Chloé pour évoquer son vécu. La dramatisation est au premier plan avec le besoin de maîtrise et de contrôle. Le discours se trouve également désorganisé, notamment lorsqu'elle évoque son enfance. Chloé fait aussi beaucoup référence à « autrui » pour justifier et soutenir ses propos. Il y a ainsi étayage sur l'extérieur. Les deux derniers entretiens mettent également plus largement en évidence le recours à des procédés primaires tels que la projection et le clivage de l'objet. Enfin, l'on note le recours également important aux procédés narcissiques et maniaques à valeur antidépressive.

Le protocole du Rorschach est également hétérogène. Les modalités défensives, identiques à celles repérées dans son discours (rigides, labiles) associées à l'inhibition plus présente que dans les entretiens, ne s'avèrent pas toujours opérantes pour éviter un débordement fantasmatique face aux sollicitations des planches. Malgré tout, Chloé est en capacité de « se reprendre » en s'appuyant sur le percept par la suite. Les débordements s'avèrent néanmoins récurrents traduisant une frontière plus poreuse entre monde interne et monde externe. Les mouvements pulsionnels sont évités ou bien viennent la désorganiser. Les processus primaires sont également représentés à travers notamment la projection et le déni. Le monde interne semble évité à contrario de la sensibilité à l'environnement qui nourrit les processus de pensée. L'angoisse dépressive et de séparation dominant, associées à une problématique narcissique. L'angoisse de castration apparaît moindre.

Le protocole du TAT met également en évidence les problématiques narcissique et dépressive au premier plan chez Chloé. Les procédés rigides traduisant un certain investissement du monde interne sont repérés, de même que la dramatisation largement

présente. Celle-ci sert la conflictualisation. La relation est plus aisément investie qu'au test du Rorschach mais l'érotisation des relations tend rapidement vers une angoisse de perte d'objet. Les mouvements pulsionnels s'avèrent ainsi toujours mis à distance. La problématique œdipienne est couplée à celle de perte d'objet.

Les tests projectifs autant que l'analyse du discours mettent en évidence une modalité relationnelle anaclitique et une angoisse de perte d'objet au premier plan chez Chloé. La relation de dépendance à sa mère, le besoin d'étayage important, l'impossibilité d'être seule, le recours à l'activité comme défense contre la passivité, la problématique dépressive nettement visible aux tests projectifs ou encore la reprise des consommations de drogues lorsqu'elle se sent « *délaissée* » par son conjoint en sont des expressions. Néanmoins, certains éléments nous apparaissent relever plus certainement d'une problématique œdipienne. Il s'agit notamment de la place occupée au sein de couple parental avec l'identification à la figure maternelle en tant que femme du père, la « *protection* » des femmes de la famille à l'égard des hommes comme contre-investissement de son désir ou encore le contre-investissement de son agressivité à l'égard de la figure maternelle en fonction protectrice. Ce dernier s'articule également avec l'angoisse de perte d'objet et de son amour. L'identification à la mère tend cependant parfois vers une véritable indifférenciation.

Bien que cette grossesse ait été désirée, l'apparition tardive et amoindrie de changements physiques liés à la grossesse, le sentiment de bizarrerie qui perdure et la difficulté à accepter complètement les mouvements fœtaux ainsi que les représentations mortifères du début de grossesse mettent en évidence une difficulté à intégrer les remaniements psychiques et les mouvements pulsionnels induits par la grossesse. Ceux-ci ont ainsi pu représenter une menace pour le sentiment de continuité d'existence et le narcissisme de Chloé. L'absence de changements pourrait traduire un rejet, une résistance contre la reconnaissance de la présence d'un autre en soi et ainsi contre la différenciation. Néanmoins, il apparaît que ces remaniements psychiques et mouvements pulsionnels ont pu être partiellement élaborés et intégrés au bout de quelques mois de grossesse à travers des défenses mieux élaborées (idéalisations du fœtus) qui signent également la différenciation de l'autre en soi. Les fantasmes d'intrusion s'avèrent également moins menaçants. Son futur enfant est par ailleurs pensé en termes d'identification et de différenciation et intégré dans une relation mère-fœtus pendant la grossesse. L'anticipation de ce bébé imaginaire et la capacité à réaménager ses fantasmes à l'égard du bébé attendu, différent de l'enfant imaginaire (notamment en termes de genre), signe la création d'un espace psychique maternel où le bébé existe en tant qu'être indifférencié.

Chloé est à la fois en capacité de s'identifier à sa mère et de se différencier, dans ses désirs, de son propre modèle familial. Cela est de bon augure pour l'accès au statut psychique de mère.

L'accouchement et surtout les problèmes de santé de son bébé ayant nécessité une hospitalisation de longue durée ont été source d'une régression qui est venue actualiser un sentiment d'impuissance, un vécu de passivité et la dépendance primaire, rappelant ainsi un état de détresse infantile. Cela a conduit à un vécu extrêmement persécuté du séjour à la maternité où les soignantes représentaient l'imgo maternel archaïque persécuteur. Des mécanismes défensifs très archaïques tels que la projection et le clivage de l'objet dominaient alors.

La blessure de son fils semble avoir fait trauma pour Chloé et occupe ainsi encore beaucoup ses représentations à l'égard de son bébé lors du second entretien. Elle évoque également une relation duelle et fusionnelle avec ce dernier où le père apparaît massivement absent. Cela du fait de son absence lors du séjour à la maternité et de son absence à la semaine. Chloé s'avère très ambivalente quant à l'absence de son conjoint. Celle-ci favorise en effet la relation fusionnelle qui apparaît autant recherchée dans une indifférenciation que redoutée par les angoisses archaïques et de dépendance qu'elle peut générer. Le désir de réinvestir sa vie autrement qu'en tant que maman, le fait qu'elle garde d'autres tous petits sur lesquels elle souhaite se centrer autant que sur son propre fils et enfin l'existence du père de son fils dans son psychisme représentent des éléments rassurants d'inclusion du tiers bien que cela reste probablement insuffisant. Par ailleurs, la naissance de son fils et son nouveau statut de mère semble avoir favorisé une prise de distance à l'égard de sa mère, passant ainsi du statut psychique de fille à celui de mère et garantissant des réaménagements des relations narcissico-objectales. Néanmoins, les représentations à l'égard de son conjoint sont exclusivement négatives. Cela découle également de son absence d'étayage et de soutien auprès de Chloé en tant que mère. L'on ne peut que faire le lien entre cette absence paternelle et celle de son propre père depuis son enfance dans une répétition inconsciente et une probable tentative de réparation à travers son fils. L'ambivalence entre désirs et crainte de retrouvailles avec son propre père est toujours notée aux entretiens.

Son conjoint semble d'ailleurs occuper la place d'une figure paternelle, cadrante et étayante ayant conduit à l'arrêt des consommations. Néanmoins, les disputes du couple et surtout un vécu abandonnique massif ont conduit à une reprise de drogue avant la grossesse. L'on peut ainsi penser que la relation anaclitique à son conjoint est venue remplacer la dépendance à l'objet-drogue. Néanmoins, toute déception dans cette relation entraîne un

recours aux produits. La drogue semble avoir eu pour fonction d'éviter les sentiments négatifs, les angoisses, les conflits, les difficultés du monde extérieur et le mal-être qui en résultait ainsi, très probablement, que le poids des fonctions de protections des femmes de la famille dont elle était porteuse. Il s'agissait également sans doute d'une tentative de se séparer d'une relation à la mère indifférenciée. La problématique de dépendance s'inscrit cependant dans une dynamique familiale puisque tous ses frères et sœurs sont aussi dépendants. Le choix du produit semble alors représenter un moyen de différenciation. La drogue a également une large fonction antidépressive chez Chloé.

Son conjoint ayant remplacé, au moins un temps, l'objet-droque, l'on peut se demander si Antoine n'a pas également cette fonction pour Chloé. Plusieurs éléments semblent éliminer cette hypothèse. En effet, la relation à son fils ne compense pas celle avec son conjoint puisqu'elle évoque une ambivalence qui traduit un certain désir à l'égard d'une reprise des consommations suite aux problèmes conjugaux. De plus, son fils ne compense pas non plus l'objet-droque dans la mesure où éprouve des difficultés à diminuer son traitement de substitution depuis la naissance d'Antoine. La relation fusionnelle semble à la fois désirée et crainte dans un évitement de la relation de dépendance. Cette angoisse pourrait d'ailleurs être source des difficultés à l'égard de la drogue et du traitement de substitution. Le conflit narcissico-objectal entre centration sur le bébé et désir de se séparer et de réinvestir sa vie autrement qu'en tant que mère également, de même que la représentation d'un rôle de mère contraignant par l'absence de soutien paternel.

Plusieurs problématiques semblent ainsi en jeu chez Chloé. A la fois elle souhaite que son conjoint soit présent auprès de leur fils comme réparation de son propre vécu abandonnique dans une identification à son fils et à la fois elle cherche à l'exclure pour maintenir une relation fusionnelle permettant d'éviter la séparation et la perte. Parallèlement, cette relation fusionnelle et dépendance apparaît menaçante pour elle avec la recherche d'un tiers que peut représenter son conjoint, l'enfant qu'elle garde mais aussi le traitement (et le produit). Enfin, elle recherche une relation anaclitique étayante avec son conjoint. Le traitement de substitution et la drogue viennent ainsi combler illusoirement le besoin d'étayage et la problématique abandonnique tout en traduisant la difficulté à trouver la « juste distance » dans la relation à son fils.

2. ANALYSE CLINIQUE DES ENTRETIENS ET TESTS PROJECTIFS DES FEMMES NON TOXICOMANES

2.1. ELEONORE

2.1.1. Analyse clinique des entretiens de recherche d'Eléonore

2.1.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 d'Eléonore

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Eléonore est une jeune femme de **29 ans** qui attend son **premier enfant, un petit garçon**. Nous la rencontrons à son domicile par l'intermédiaire d'une sage-femme en libéral. Elle **ne consomme pas de substances psychoactives** mais fait partie des **sujets « contrôles »** de notre recherche.

Eléonore est une très belle jeune femme aux longs cheveux roux, souriante et très avenante. Ses vêtements de grossesse mettent bien en valeur son ventre rond. Elle prend soin d'elle et de son apparence. Nous nous installons dans son salon. Elle nous propose de boire quelque chose, ce que nous refusons poliment. Ce premier entretien sera le plus long d'entre tous pour toutes les femmes que nous aurons rencontrées au cours de cette recherche.

HISTOIRE DE VIE

Une relation à l'imgo maternelle marquée par la dépendance et l'angoisse d'engloutissement

Eléonore évoque avoir été une enfant « *docile* » où le poids du surmoi est au premier plan : « *J'étais pas non plus à aller faire des choses qu'étaient interdites, surtout pas.* ». Elle évoque également des conflits parentaux importants. Cela lui permet d'introduire le fait qu'elle ne souhaite pas reproduire son modèle parental « *même s'ils ont toujours été là et qu'ils sont toujours là. Pour le bébé je sais qu'ils vont être des grands-parents super.* ». Ainsi, Eléonore est en mesure de se différencier du modèle parental tout en pouvant s'appuyer sur des représentations positives et étayantes. Elle est en capacité de s'identifier et de se différencier de ses parents. Par ailleurs, la différence des générations est introduite. Eléonore s'est en fait retrouvée au milieu du conflit parental en occupant la place de « *confidente de [ses] deux parents* ». Il en a découlé qu'elle s'est « *construite en culpabilisant parce que j'étais avec l'un pour l'autre et inversement.* » Ce n'est qu'il y a quelques années et après un travail psychothérapique qu'elle a pu « *se rendre compte que c'était de leur faute. C'était pas, c'était*

pas moi qui... ». Cela était d'autant plus vrai avec sa mère. L'on peut alors parler de parentification et de conflit de loyauté pour Eléonore. En fin d'entretien, des représentations massives à l'encontre de sa mère peuvent être verbalisées : *« j'ai été bouffée, je me suis bouffée aussi parce que j'ai été très rapidement mise dans les mésententes du couple. Mon enfance était pas drôle et pas très heureuse hein »*. L'on retrouve la problématique de l'oralité et du cannibalisme. Cela renvoie à des fantasmes de dévoration, d'engloutissement de la part de la mère et un renversement sur elle-même. Elle a également beaucoup recours au champ lexical de la mer : *« on a baigné dans les querelles conjugales », « comme si j'avais quitté le navire »*. De la « mer » ou de la « mère » ?

Elle explique également qu'elle était « très distante » de son père à l'adolescence *« mais au point de me demander s'il mourrait, si ça m'aurait fait quelque chose »*. Il peut s'agir de vœux mortifères en identification à sa mère en lien avec les conflits conjugaux. Cela peut également avoir trait à des vœux mortifères en lien avec les antécédents d'attouchements par son grand-père maternel pendant l'enfance au moment de l'adolescence où sont réactualisés les fantasmes incestueux. Cela pourrait rendre compte d'une certaine confusion entre figure masculine paternelle et abuseur. Cela est également lié aux processus de désidérialisation et de séparation des figures parentales à l'adolescence, un questionnement du rapport narcissico-objectal propre au temps de l'adolescence et qui doit pouvoir être dépassé. En revanche, ce temps organisation de séparation et de désidérialisation des figures parentales n'a pas pu se jouer avec sa mère de qui elle était *« très proche, fusionnelle. Trop. Beaucoup trop. Parce que j'étais affectivement dépendante. Comme quoi on retrouve tout hein (rire) »*. Elle fait ainsi référence à la peur que son fils soit dépendant d'elle. Eléonore explique alors que cette relation ne lui convenait pas, qu'elle était elle-même *« instable »* et que la relation était *« déséquilibrée »*. Un travail psychothérapique et la rencontre avec son conjoint lui ont permis *« de plus être dépendante (de sa mère) »* et *« de m'en détacher »*. Elle ajoute ainsi qu'elle n'a *« plus besoin d'être fusionnelle avec [sa] mère »* mais elle dit aussi qu'elle *« compense, enfin je compense... j'ai une autre relation. »* Il se peut qu'elle « compense » cette relation fusionnelle avec son conjoint ou sa grossesse. La dépendance à la mère pourrait-elle également rendre compte de la rivalité œdipienne et de la haine contre-investie ?

Ce détachement par rapport à sa mère lui a permis de se *« rapprocher »* de son père. Le deuil de la figure paternelle de l'enfance et de l'adolescence a pu être élaboré permettant l'établissement d'une relation différente. La confusion entre figure masculine paternelle et agresseur n'a ainsi pas perduré, probablement également du fait de la thérapie engagée par Eléonore. Les fantasmes incestueux et la rivalité avec la mère étaient probablement moins

massifs permettant une plus grande proximité avec le père. Néanmoins, la relation à sa mère est marquée par des représentations et affects beaucoup plus négatifs que positifs et l'attente de « *changements* » de la part de sa mère. Il s'agit probablement d'une tentative de s'en détacher, mais implique que la séparation n'a pas encore pu s'élaborer. Eléonore évoque son désir d'avoir « *une relation équilibrée avec elle* » plutôt que des « *liens tendus, distendus* ». La grossesse vient ainsi représenter un espoir de retrouvailles avec sa mère. Par ailleurs, l'on note toujours une ambivalence entre rejet et recherche d'investissement de sa mère dans son rôle de grand-mère cette fois. Malgré tout, il nous semble que ce sont beaucoup les représentations négatives qui dominent avec une forme de nostalgie de la relation passée et toujours des attentes : « *Cette relation c'est quelque chose que je perçois pas comme positif. Oui c'est culpabilisant mais je n'en souffre pas. J'ai pas le pouvoir de la changer, j'en ai pas la responsabilité. Et puis cette culpabilité, c'est pas intense hein.* ». Nous lui formulons l'hypothèse que, peut-être, elle se refuse à ressentir des sentiments positifs pour sa mère car cela pourrait être vécu comme un « *retour en arrière* » avec le risque de retomber dans la relation qu'elle avait avec elle avant et dont elle ne veut plus. Cela traduisant par ailleurs sa fragilité face à cette problématique. Ce à quoi Eléonore nous répond : « *Oui. Y'a de ça parce que je me suis déjà surprise à me dire que si j'ouvrais la porte elle allait m'étouffer, elle allait m'envahir. Et j'me dis que si j'ouvre cette porte, j'augmente le sentiment de culpabilité. Donc ... Oui ça serait « elle est gentille mais toi t'es pas très sympa par contre... » Donc ça y'est, y'a encore un déséquilibre. Et puis je me protège aussi.* ». L'imgo maternelle étouffante, intrusive, persécutrice est au premier plan. L'on repère l'angoisse d'un risque d'envahissement renvoyant au risque de néantisation par la fusion. Cela implique que la différenciation et la séparation sont toujours en cours d'élaboration, probablement amplifiées par l'état de grossesse et la transparence psychique. Il est également de nouveau question de la culpabilité relative au fait de « *laisser tomber* » sa mère et de lui « *devoir* » quelque chose si sa mère est « *gentille* » avec elle. Cela nous renvoie également à la culpabilité œdipienne, exacerbée au regard d'une rivalité manifeste comme nous le verrons par la suite.

Antécédents d'abus sexuels par le grand-père maternel

Eléonore a subi des attouchements par son grand-père maternel lorsqu'elle était enfant. Elle n'aborde cette question qu'en toute fin d'entretien bien qu'avec un recul certain. Cela nous laisse penser qu'un travail d'élaboration du traumatisme a eu lieu mais qu'il subsiste des séquelles qui pourraient dès lors avoir un impact pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans les relations mère-enfant (Apers, 2009 ; Bayle, 2006 ; Bonnet, 1992 ; Bydlowski, 2000 ;

Chabert & Chauvin, 2006 ; Mazoyer & al., 2013 ; Rouyer, 1995). Ces attouchements lui sont revenus par « *flash* » à l'adolescence après le début des relations sexuelles. Cela rend compte d'un clivage de la psyché. Ainsi, selon Mazoyer & al. (2013 : 149-150) « Dans le cadre de l'agression sexuelle, le psychisme tente de survivre à l'invasion des excitations par le recours à diverses stratégies comme la sidération de la pensée et la fragmentation d'une partie du moi qui produit l'autoclivage narcissique. La psyché se dédouble, une partie éveillée continue de vivre et de se développer et une partie morte enkystée subsiste en état de stagnation ». La mère d'Eléonore a alors été très présente : « *elle m'a portée, soutenue, on était fusionnelle. Et j'étais là aussi pour elle puisque pour elle non plus ça n'allait plus dans son couple.* » L'on ne peut s'empêcher de faire le lien avec la relation « *très distante* » qu'Eléonore entretenait avec son père à cette époque. En effet, le réveil de la vie pulsionnelle à l'adolescence réactive les fantasmes de la sexualité infantile dont les fantasmes de séduction. Chez une victime d'abus sexuels durant l'enfance, ces fantasmes viennent se confondre avec la réalité. D'où un besoin pour Eléonore de mettre à distance la figure paternelle face à un risque de réalisation des fantasmes incestueux, qui a pu exacerber la culpabilité œdipienne à l'égard de sa mère par ailleurs, et aux reviviscences des abus sexuels par le grand-père paternel. Les réminiscences des abus à la puberté impliquent, chez Eléonore, l'existence d'un clivage dans l'enfance pour survivre probablement face au déni et aux menaces de châtiments de son abuseur. Le traumatisme de l'abus s'est associé aux traumatismes inhérents à la puberté.

Par ailleurs, l'on se demande également quelle a pu être la place et le rôle de sa mère. En effet, des auteurs comme Bigras (1987) évoquent souvent un inceste « en creux ». Il s'agit d'une perception intime chez la fille d'une absence de la mère comme pare-excitation maternel et cela souvent vécu comme précocement. Néanmoins, cela concerne des abus où l'abuseur est le père de la jeune fille et non son grand-père, peut-on ouvrir cette notion d'inceste « en creux » lorsqu'il s'agit du grand-père et non du père ? Bigras (1987) évoque une mère trop déprimée ou trop centrée sur elle-même, ce qui correspond à la représentation d'Eléonore concernant sa propre mère. L'on repère en effet une emprise de la figure maternelle qui semble s'être accrue après la révélation des abus de sa fille. L'on entrevoit en effet la culpabilité et l'impossibilité à se séparer de cette mère apparaissant comme déprimée et égocentrique et où Eléonore est aliénée au narcissisme maternel. Le travail de séparation-individuation restait figé, non élaborable. Cela impliquerait un étayage narcissique insuffisant de la part de la mère à l'adolescence qui a probablement joué un rôle dans la dépression sévère d'Eléonore qui s'est prolongée après l'adolescence. Néanmoins, sa mère a pu s'avérer soutenante lorsqu'elle a eu connaissance des attouchements mais sans qu'une plainte ne soit déposée pour autant.

Le père d'Eléonore était disqualifié dans le discours de la mère. La révélation des abus sexuels a probablement accru cette disqualification et a garanti la relation fusionnelle et exclusive mère-fille, sans tiers.

Eléonore est allée voir son grand-père quand elle en a ressenti le besoin, quand elle a été prête, quand elle avait passé les autres étapes et en était arrivée-là en se détachant du désir de sa mère d'aller se confronter à son propre père plus tôt, alors qu'Eléonore n'était pas encore à ce point de son cheminement. Elle dit avoir aujourd'hui dépassé ces événements, notamment grâce à une longue thérapie. Sa mère au contraire « *Elle est toujours là-dedans, elle n'a jamais dépassé ça. C'est son histoire à elle. Elle aimerait bien que je lui en veuille [au grand-père et/ou à sa mère ?]. (...) Mais elle me disait « oui mais quand il t'a dit ça, et ça et... » Et ses paroles glissaient. Elle avait plus de prise sur moi en fait. Et c'était un petit peu son petit pouvoir. Elle avait une place dans cette histoire. Sauf que maintenant je lui mets le miroir et « Maintenant c'est toi. »* ». Eléonore analyse parfaitement bien la situation : sa mère avait en effet un certain pouvoir et une place auprès de sa fille « grâce » à ces événements traumatiques. Sa mère semble s'être identifiée à elle comme si c'est elle qui avait subi ces attouchements. Cela relève peut-être de sa culpabilité de n'avoir pas protégé sa fille. Elle-même a également peut-être subi des attouchements étant enfant. Néanmoins, Eléonore laissait également sa mère prendre cette place qu'elle lui reproche.

Evoquer ces événements entraîne des représentations négatives concernant sa mère décrite par ailleurs comme manipulatrice. Peut-être ce sentiment est-il accentué par le sentiment que sa mère a pu « profiter » ou « trouver son compte » dans la situation : elle était là pour sa fille qui était également là pour elle, dans une relation fusionnelle avec une dévalorisation et un rejet des hommes. La relation d'Eléonore avec son conjoint, à partir de laquelle elle a senti sa mère plus distante, pourrait être en lien. Une forme de trahison que de quitter sa mère pour aller vers les hommes, perçus comme mauvais et comme séparateurs par la mère.

Poids du trauma sexuel sur la puberté et l'investissement du féminin et de la féminité

La puberté a été un moment très attendu mais également très compliqué pour Eléonore du fait de ses caractéristiques physiques « *être rousse. Et en plus j'étais plus petite que tout le monde et j'avais pas de poitrine. Donc j'avais vraiment un gros décalage par rapport aux autres. J'arrivais pas à exister* ». La représentation « *j'arrivais pas à exister* » est massive.

Les règles ont également été très attendues : « *je me disais « si les règles elles viennent, après les seins ils vont pousser hein* ». (rire). *Et en fait c'est venu tard hein. (...) Et j'ai beaucoup attendu une transformation de mon corps, qui est pas venue heu, qui est pas trop venue. (...) Et*

ça ça a longtemps été un complexe. (silence). Qui n'en ai plus du tout un maintenant. (...) S'en est plus un pour moi mais à l'adolescence y'a un cahier des charges à avoir (rire), une apparence féminine ça en fait partie. Et moi du coup je m'habillais pas du tout heu, bah je m'habillais pas du tout heu, j'étais pas du tout féminine quoi. Baskets, jean, sweat heu. ».

L'on fait un lien avec le surinvestissement extérieur du corps pour contre-investir l'intérieur, source d'angoisse en lien avec les attouchements subis pendant l'enfance. De même, il est possible que l'arrivée tardive des règles et le léger retard de croissance soit, en partie, lié au traumatisme subi. Par ailleurs, il est aussi question des règles et de la transformation du corps. S'agissait-il de devenir une femme comme sa mère ? De vérifier quelque chose, notamment l'inaltérité du dedans au regard des fantasmes archaïques et œdipiens mais surtout des attouchements ? D'exister ? Paradoxalement, l'on repère un désinvestissement de la féminité qui représente une défense contre l'effraction traumatique du sexuel à la puberté et du retour des souvenirs refoulés jusqu'à ce moment. Il y a un conflit entre le désir d'être une femme, désirable et la crainte d'être justement désirable, risquant d'entraîner de la séduction et la sexualité, traumatiques.

En effet, Eléonore explique qu'elle était « *toujours habillée en noir, fin on m'voyait pas hein, j'étais invisible. Je voulais pas qu'on me remarque et on me remarquait pas hein forcément. Et puis bah quand je me suis aperçue que si, bah si je voulais qu'on me voit en fait (rire). J'avais pas réalisé (rire). Là j'ai commencé à faire attention à moi en fait. Et heu... Mais par contre, j'arrivais pas à gérer l'attention qu'on me portait. Du coup j'étais pas préparée (rire). Ouais. J'étais pas du tout prête à gérer ça (rire) donc vachement agressive (rire).* ». Elle insiste ainsi sur le fait qu'elle était « *invisible* », qu'elle « *n'existait pas* », ce qu'elle désirait et refusait à la fois. Elle relie cette attitude aux attouchements subis pendant l'enfance qu'elle évoquera à ce moment de l'entretien : « *Avec les complexes que j'avais en plus, je pense que je ne pouvais pas me développer, je ne pouvais pas devenir femme. Je voulais pas et en même temps je voulais.* ». C'est quand elle a commencé à travailler qu'elle « *commencé en fait à faire attention.* ». Par ailleurs, et en parallèle, c'est avec le travail qu'elle se sent « *exister (socialement)* » d'où peut-être une explication à la difficulté pour Eléonore de laisser un temps son travail et sa peur de ne plus « *exister* » en étant mère. Le travail représente ici un investissement et une identification phallique qui s'opposent à des identifications féminines perçues comme potentiellement menaçantes, liées (au moins en partie) aux antécédents d'attouchements. L'investissement phallique du travail rendrait ainsi compte d'un refus du féminin. L'on note ainsi le conflit majeur entre identifications masculines et féminines chez Eléonore. Le féminin apparaît ainsi traumatique pour elle.

Les premières relations sexuelles ont également été très compliquées pour Eléonore. Elle décrit des relations sur un mode « opératoire », sans affects et sans représentations associées, quelque chose de désincarné. Cela renvoie à une défense face à une sexualité immanquablement traumatique du fait des antécédents d'attouchements. Le surinvestissement de l'intellect a également cette fonction. Ce dernier rend de nouveau compte d'un investissement phallique contre le féminin traumatique.

Le besoin de maîtrise, de contrôle, le surinvestissement de l'extérieur et la suractivité dont elle fait preuve au quotidien pourraient être mis en lien avec ce traumatisme passé. Cela est accentué pendant la grossesse. Celle-ci, ainsi que la présence de l'autre en soi, peuvent en effet venir réactualiser des sensations et représentations liées aux abus sexuels (Mazoyer & al., 2013). La grossesse implique également une centration sur l'intériorité et met en jeu la réceptivité et la passivité comme expérience du féminin. Ces caractéristiques du féminin et notamment la passivité s'avèrent ainsi menaçants pour Eléonore, en lien avec les antécédents d'abus. La passivité pouvant d'ailleurs renvoyer à la passivation traumatique (Green, 1990, 1999). La grossesse et le devenir mère représenteraient ainsi une menace pour son psychisme et son identité, à la hauteur des contre-investissements et défenses mis en jeu par Eléonore. Ceux-ci s'avèrent cependant opérants. Ils pourraient également représenter une défense contre un vécu dépressif sous-jacent.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

Il s'agit d'une première grossesse. Le désir d'enfant est au premier plan et le sera tout au long de l'entretien bien que le bébé n'ait pas « *été désiré tout de suite par les deux (parents)* ». Cela a entraîné la rupture du couple à l'initiative d'Eleonore « *parce que pour moi c'était quelque chose de profond et de sûr. Je pouvais pas concevoir ma vie sans enfant* ». Le désir d'enfant et le désir de parentalité apparaissent ainsi surinvestis au regard du désir conjugal. Son conjoint a finalement « *cheminé* » et lorsqu'il a été « *prêt* » le projet d'enfant est devenu concret avec la mise en route de ce bébé.

Ce qui nous frappe dans un premier temps c'est la représentation exclusivement positive de cette grossesse qui nous semble « idéale » et idéalisée : « *c'est une grossesse très très très simple* », « *les conditions sont optimales parce qu'il est vraiment venu au bon moment* », « *ma vie est elle joyeuse (...)* C'est pour ça je dis que je suis vraiment épargnée parce que nous c'est comme si on était dans un cocon quoi. ». Elle parle également de « *chance* » à plusieurs reprises. L'idéalisation de la grossesse serait-elle à la hauteur de la haine contre-investie ? De quoi et/ou

par rapport à quoi ou qui est-elle chanceuse ou « *épargnée* » ? Etre épargnée renvoie au fait d'éviter une souffrance, de ne pas subir de dommages, d'être préservée. Cela pourrait renvoyer à la crainte d'une destruction en lien avec la mère archaïque et/ou œdipienne mais également en lien avec les attouchements subis pendant l'enfance.

L'annonce de la grossesse a entraîné un temps de sidération psychique : « *Ça signifiait tout et puis rien en fait. C'était marqué sur un petit test et puis en fait bah j'avais exactement les mêmes sensations, je ne sentais rien de différent. Donc c'était étrange* » et plein de questionnements bien qu'ils aient pris le temps d'y réfléchir. Elle explique ainsi que les neuf mois sont nécessaires pour « *digérer* » la nouvelle et être « *prêt* ». Le terme « *digérer* » renvoie à l'assimilation de ces changements et remaniements induits par la grossesse et la présence de l'autre en soi mais également à l'assimilation, à l'acceptation de l'autre en soi. Cela traduit l'ambivalence à l'égard de la grossesse et du fœtus, autant que des changements qui leurs sont inhérents et met en jeu l'analyté. Ceux-ci semblent associés, pour Eléonore, à la remise en cause par la maternité de ses idéaux professionnels et de ses propres enjeux narcissiques (corps déformé). L'on retrouve ainsi le conflit entre identifications masculines et féminines. La grossesse est perçue comme une source de changement dans sa vie. Cela revient tout au long du discours : « *un tournant dans sa vie* » et un changement la concernant elle-même en tant que femme et individu. Par ailleurs, la grossesse n'était pas encore concrète, réelle sans support perceptif ou sensoriel favorisant le travail de figuration et de représentation.

Mouvements fœtaux et échographies support de l'investissement de l'autre en soi

Les premiers mouvements fœtaux ont été ressentis au cinquième mois. L'insistance est portée sur les ressentis, les perceptions internes, corporelles, physiologiques. Les mouvements sont investis très positivement et rendent l'existence de ce bébé concrète : « *c'est plus facile de m'imaginer qu'à l'intérieur il y a un bébé* ». Eléonore l'inscrit également dans la filiation et comme un être d'altérité. La conscience et la construction de la représentation de ce bébé en elle passe par les sens (toucher : mouvements, regard : son corps qui change, son ventre qui s'arrondi, les mouvements à la surface du ventre, les échographies) à la fois pour elle et pour le papa. Elle veut en effet partager au maximum cette expérience avec ce dernier et c'est dans ce but qu'elle a choisi une préparation à la naissance selon la méthode Bona Pace. Le vécu dépasse les mots pour le décrire bien qu'ils restent fort : « *hallucinant* », « *il y a vraiment quelqu'un là-dedans (rire) et on le crée quoi* ». L'on repère ainsi ici à la fois la reconnaissance d'une certaine individualité au futur bébé mais également un sentiment de toute-puissance narcissique de la future mère. L'on repère également la « *sensation d'inquiétante étrangeté* » (Bydlowski, 2000)

face à ce vécu « extraordinaire » renvoyant à la fois à l'intensité et à la bizarrerie. Cela n'est cependant pas désorganisant pour Eléonore. Il nous semble que toutes ces représentations sont également source d'un vécu d'angoisse qui est dénié, mis à distance mais qui transparait à la fois par la massivité des représentations et par des procédés antidépressifs. Cela s'articule probablement avec les antécédents d'attouchements traumatiques.

Les échographies sont investies très positivement également et participent à la prise de conscience de l'existence de l'autre de soi et à l'avènement des premières représentations et projections concernant le bébé. Celui-ci était cependant déjà pensé avant, dans « les discussions », le choix du prénom. Cela traduit de nouveau un investissement très important et très tôt de ce bébé, très désiré.

Malgré la représentation très positive voire idéalisée de la grossesse, certains changements, bien qu'attendus, sont plus compliqués pour Eléonore. Ceux-ci concernant notamment les changements physiques : « *C'est d'ailleurs une inquiétude hein que j'ai, de savoir quel corps je vais retrouver* », à la fois pour elle et pour son conjoint pour qui cela compte que sa femme retrouve son corps pré-grossesse. Elle évoque « *que ça peut être le début de la fin hein* ». Evoque-t-elle simplement un laisser aller ? S'agit-il de la fin du couple ? Le bébé occupe alors une place menaçante vis-à-vis du couple mais également vis-à-vis de son narcissisme. Cela met également en jeu des questionnements autour de la capacité à « *se retrouver* » dans son identité, dans son être-femme et dans son corps après la grossesse mais aussi dans son nouveau statut de mère.

Représentations et investissement de l'enfant à naître

Eléonore explique que le sexe du bébé lui importait peu avant de le connaître. Néanmoins, elle ajoute qu'à la connaissance du sexe, elle s'est rendu compte qu'elle voulait probablement une petite fille puisqu'elle a été « *déçue* » ce qui a entraîné de la culpabilité. Elle explique finalement qu'elle était « *persuadée de porter une fille* » et qu'ils s'étaient donc projetés avec une petite fille. Il s'agissait cependant du bébé imaginaire, porteur de tous les désirs, fantasmes et représentations, de la toute-puissance et de la réparation narcissique des parents. L'on peut noter l'impact de l'échographie sur les fantasmes autour du bébé imaginaire. Eléonore verbalise des affects très positifs concernant son attente d'un petit garçon, néanmoins l'ambivalence reste présente, d'autant qu'elle ajoute qu'elle et son conjoint souhaite avoir deux enfants, et qu'ils aimeraient « *une petite fille (rire)* ». Le procédé dépressif laisse entendre le deuil de l'enfant imaginaire pour cette grossesse-ci, déjà transposée dans un nouveau désir d'enfant.

Les représentations concernant le physique et le caractère de son fils sont assez peu nombreuses puisque l'accent est porté sur la différenciation et la reconnaissance de son enfant en tant qu'être d'altérité avec ses désirs propres. Il s'agit de rencontrer et d'accompagner un « autre ». L'insistance est également portée sur son espoir qu'ils pourront « *rentrer en connexion tous les deux et même avec son papa. (...) parce que y'a des fois des enfants qui sont tellement différents de leurs parents qu'ils arrivent pas à ... la communication elle est vraiment dure quoi* ». L'on ne peut que penser qu'Eléonore fait référence à son propre vécu avec sa mère et/ou son père à l'adolescence. Nous en reparlerons. L'on repère également le souhait que son fils ne vive pas les mêmes difficultés qu'elle-même, notamment concernant sa couleur de cheveux.

Le prénom a été choisi par le couple « *pour ce bébé-là. C'est son prénom à lui* ». Éléonore insiste sur le fait qu'il s'agit d'un choix « *de tous les deux* » parce qu'« *on ne sait pas ce qu'il va être amené à vivre ce bébé-là, s'il aura ses deux parents toute sa vie, que ce soit pour x ou y raisons. Il faut que tous les deux on puisse lui raconter son histoire et assumer et qu'on soit d'accord là-dessus* ». La question de la transmission est présente, de même que l'affiliation du bébé. En revanche, nous nous questionnons sur ces éléments mortifères. Ceux-ci filtrent de temps en temps dans le discours. Les projections anticipatrices à l'égard de son fils sont ainsi marquées par des éléments négatifs implicites et par la perte de ses parents.

Par ailleurs, le prénom est un prénom mixte qui peut donc aller aussi bien pour un garçon que pour une fille, peut-être une autre manifestation du désir déçu d'avoir une petite fille.

Eléonore est déjà très en relation avec son bébé à qui elle parle et avec qui elle « *discute comme je pense que je le ferai quand il sera sorti* ». Il y a donc déjà une anticipation de la relation après la naissance et une continuité entre le pré et le postpartum. Elle lui attribue également une intentionnalité à partir des mouvements fœtaux : « *j'ai l'impression qu'il réagit (quand elle lui parle)* » ou « *maintenant il bouge, c'est lui qui vient chercher la communication* ». Éléonore insiste sur le fait de partager cela avec le papa, toujours intégré.

Au-delà du vécu de la grossesse et des représentations de l'enfant qu'elle attend, qui sont d'ailleurs plutôt centrées sur un enfant plus âgé que sur un nouveau-né ou un bébé, ce sont les changements du devenir mère qui dominent le discours d'Eléonore, ainsi que sa représentation et ses désirs la concernant en tant que mère dans la relation à son fils.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Cheminement dans le devenir mère et conflit identificateur

Eléonore revient longuement sur le « *cheminement* » qui aboutit au devenir parent, ce qui se fait « *progressivement* » pendant les neuf mois de grossesse qui sont ainsi, pour elle,

nécessaires. L'on repère très nettement l'ambivalence liée au fait de devenir mère en rapport avec l'articulation difficile à son être-femme. La « mère » et la « femme » sont ainsi mises en opposition, et en conflit en permanence : « *on se renseigne sur ce qui va nous arriver en tant que femme. Et puis on commence à réfléchir en tant que mère après.* ». Le conflit s'articule également entre ses identifications masculines et féminines. En effet, le dernier jour de travail avant le congé maternité « *y'a eu à ce moment-là la conscience que c'est à ce moment-là voilà, la dernière journée où j'allais au travail en tant que femme et que quand j'y retournerai bah je laisserai un petit bout en fait* ». Cette phrase est lourde de sens. Elle laissera en effet « un petit bout », surnom souvent donné aux bébés, bébé qui est ainsi considéré comme une partie de soi et investi phalliquement, mais il s'agit aussi, pour Eléonore, de laisser une partie d'elle-même dans une référence phallique à la castration.

Le fait d'être mère vient ainsi contrarier ses identifications masculines dans sa vie professionnelle extrêmement investie notamment par la reconnaissance (sociale) qu'elle implique pour elle : « *Et moi jusque-là j'ai fait en sorte de pouvoir évoluer, d'être reconnue, d'être... Et tout d'un coup je, déjà quand j'ai dû m'arrêter je me voyais comme une tire au flanc. (...). Parce que j'ai l'impression en fait de profiter, d'être au crochet, de ne plus participer à la société, de ... Mais c'est encore les extrêmes hein.* ». Tout cela comme si elle devait se rendre utile, comme si elle avait des comptes à rendre, une dette ou comme si elle n'avait pas le droit de s'arrêter. Eléonore est très surmoïque. Par ailleurs, être mère, choisir de s'occuper de son bébé, c'est risquer de ne plus « *exister socialement* ». Autrement dit, être mère vient mettre à mal les identifications masculines extrêmement investies par Eléonore, probablement en partie comme refus du féminin au regard des antécédents d'attouchements. L'on repère ainsi un conflit entre son être-femme marqué par un investissement narcissique-phallique et l'être mère.

Par ailleurs, Eléonore explique être « *trop exigeante* » vis-à-vis d'elle-même. L'exigence envers elle-même renvoie à tous les aspects de sa vie et est associée à un besoin de perfection traduisant un Idéal du Moi particulièrement à l'œuvre et un Surmoi également très virulent voire persécuteur. Elle nous dit en effet : « *Il va falloir que j'équilibre la maman qui travaille, et qui peut pas être la meilleure maman du monde et la meilleure employée du monde. Il va falloir que j'équilibre ça en fait. Mais bon je le sais donc j'y travaille déjà inconsciemment. Je sais que voilà il va pas falloir vouloir être en haut du tableau, il va pas falloir être là à tous les instants et que de toute façon c'est pas ce que je veux parce que je finirai par le rendre dépendant (rire).* » Nous reviendrons sur la question de la dépendance par la suite.

La suractivité en tant que défense contre l'effondrement dépressif et/ou le débordement psychique

La grossesse et le bébé en elle la renvoient par ailleurs à la passivité (et donc au féminin), à la perte de maîtrise, angoissants pour Eléonore. Par moment, que ce soit pour la grossesse ou d'autres domaines, Eléonore a recours à un vocabulaire de « manager », de chef d'entreprise. Cela traduit de nouveau le besoin de gérer, de maîtriser, d'organiser les choses. Dans un tel mode de fonctionnement psychique, le changement est très souvent perçu comme angoissant d'où l'insistance redoublée d'Eléonore sur la « *préparation* » et sur le « *changement* » que va entraîner la naissance de son enfant, et sur l'importance des mécanismes de défense rigides, maniaques et narcissiques (idéalisation). A la fois le changement est source d'angoisses contre-investies et à la fois il est source d'excitation, d'investissement positif (peut-être le résultat du contre-investissement justement). Tout affect ou représentation négatif est toujours éludé par des processus défensifs opérants.

Elle explique également que la fatigue est « *un poison* » pour elle. Il semble que la fatigue vienne mettre à mal son pare-excitation et ses défenses puisqu'elle est alors submergée par des affects et des représentations jusque-là contre-investis et/ou refoulés, semble-t-il, aux dépens de défenses demandant beaucoup d'énergie. Cela traduirait une certaine fragilité psychique. Les antécédents traumatiques ont pu entraîner un empiétement psychique impliquant un risque de débordement psychique contre lequel elle se défend par son besoin de maîtrise. La fatigue favorisant alors ce débordement puisqu'elle met à mal ses défenses. Cela peut être renforcé pendant la grossesse du fait de la réactualisation des affects, représentations, fantasmes infantiles et de la reviviscence des abus. C'est en effet également par peur de la fatigue qu'Eléonore anticipe et « *s'organise* » avant l'arrivée du bébé. Elle compte également beaucoup sur son conjoint pour la freiner puisqu'elle est et va à « *fond* » jusqu'à l'effondrement. Elle passe ainsi d'un extrême à l'autre : l'activité intense lorsque « *tout va bien* », qu'elle est « *positive* » à l'asthénie totale où elle est « *grillée* ». Cela nous fait également penser à des défenses maniaques comme lutte face à un vécu dépressif qui menace de l'envahir. L'activité lui permet également de lutter contre la passivité, elle-même liée à ce vécu dépressif et que la grossesse vient remettre au premier plan.

Le devenir mère est ainsi quelque chose d'angoissant pour Eléonore qui contre-investit énormément par la rationalisation et l'intellectualisation. Il y a toujours le fantasme d'être débordée psychiquement qui plane comme une menace. Pourtant, elle semble avoir pu élaborer

et s'adapter aux remaniements psychiques en jeu dans le devenir mère sans pour autant être débordée mais en se laissant malgré tout être imprégnée par ces modifications et se les approprier progressivement. Cela semble toujours en cours. Les défenses rigides pourraient permettre de limiter la régression et l'émergence pulsionnelle qui pourrait la désorganiser et qui semblent mettre en jeu son existence aux vues des éléments mortifères qui apparaissent transitoirement dans le discours. Il nous semble que l'émergence pulsionnelle contenue à plus trait à l'agressivité et/ou la haine qu'à des mouvements libidinaux. Ils pourraient renvoyer à une haine contre la figure maternelle ou contre le fœtus identifié à son abuseur. Tous ces mouvements restent néanmoins canalisés par la secondarisation et mécanismes de défense opérants.

Eléonore évoque cependant le fait qu'elle ne réagit pas du tout comme elle le pensait : *« je pensais que j'allais être stressée, angoissée heu impatiente. Et en fait je réalise que je suis bien dans ma vie, bien dans le moment et que, et que j'ai envie d'en profiter en fait. »*. Le discours est centré sur le changement avec la naissance du bébé comme point de « rupture » et de « nouveau » dans sa vie. Cela nous laisse penser qu'elle attend beaucoup de ce bébé et de cette nouvelle vie qu'il va apporter. Cette nouvelle vie est à la fois source de bonheur et d'angoisse.

Un bébé différencié à rencontrer et à accompagner

Concernant ses projections en tant que mère, elle explique qu'elle s'est également renseignée sur ce dont aurait besoin son bébé, qu'elle allait *« se positionner en fonction de lui parce que moi de toute façon je pense que je serai perdue. »*. Eléonore se centre ainsi exclusivement sur les besoins du bébé et introduit d'emblée le papa. Elle insiste d'ailleurs sur la nécessité que *« le bébé se familiarise avec le papa parce qu'il le connaîtra moins »*. Elle se renseigne beaucoup, ce qui traduit de nouveau le besoin de réassurance et de maîtrise et échange beaucoup avec le papa *« pour voir comment on se positionne par rapport à ce qui se dit, ce qui se fait »*. Il est toujours question d'anticiper et de préparer les choses, ce qui est plutôt adapté mais qui, pour Eléonore, est en tant que modalité défensive. Néanmoins, malgré cette nécessité d'anticipation et de *« préparer »*, l'on repère une certaine souplesse lorsqu'elle nous dit : *« Après je sais pas comment on fera, ça se trouve on sera super fatigué, on en aura marre (rire). Et puis pfiou, et puis le bébé supportera pas. (...) Et puis si ça se trouve il aura un souci de santé et on pourra pas le faire. Mais voilà. Je sais pas. »*. Elle prend ainsi également en compte le bébé, sa personnalité et ses besoins. Cette souplesse dans sa rigidité lui permettant de s'adapter si ce qui était planifié ou anticipé ne fonctionnait pas comme prévu se repère déjà

pendant la grossesse lorsqu'elle a accepté de s'arrêter plus tôt (congé pathologique) ou en limitant les choses à faire dans la journée. Un processus de changement est en marche.

Concernant ses relations avec le bébé, Eléonore nous dit qu'elle aimerait : « *le protéger mais surtout être tellement proche de lui et sentir par heu, par mon attitude qu'il sente qu'il peut compter sur moi. Et qu'il soit rassuré et assuré. Et qu'il ait pas peur d'explorer le monde, qu'il soit, qu'il est confiance en lui en fait. (...) Et qu'il n'ait pas du tout les heu d'inquiétudes disproportionnées par rapport à son âge. Je veux que ça soit un enfant qui vive son enfance, qu'il soit pas envahi par des problèmes x ou y qui sont pas les siens.* ». Nous faisons le lien avec sa propre histoire et la place qu'elle a occupé « au milieu » de ses deux parents en conflit. Nous développerons ce point par la suite. Nous retrouvons également les résultats de ses lectures ayant pour but de favoriser le bien-être de son fils. Cela est par ailleurs tout à fait adapté et est sans nul doute intégré et un choix profond, vécu, de la part d'Eléonore. Par ailleurs, Eléonore évoque également le fait qu'elle ne veut pas être « *négative* », ce qui renvoie aux exigences qu'elle s'impose à elle-même et dont elle perçoit le risque ou sa tendance à les projeter sur son fils. Nous pouvons de nouveau conclure qu'elle attend beaucoup de son enfant. Il est également beaucoup question des apprentissages, de l'investissement de l'intellect, comme elle.

Enfin, Eléonore nous dit : « *j'aimerais pas non plus qu'il soit dépendant de moi. Affectivement. Qu'il se sente fort parce qu'il aura qu'à venir vers nous s'il a besoin mais que..., couper le cordon, 'fin... Ouais. Qu'il ait pas besoin de nous avoir au quotidien, 'fin tout de suite à côté de lui quoi pour faire quoi que ce soit. Pas peureux en fait.* » De nouveau, il nous semble que ce bébé porte un idéal à remplir : « être fort ». Eléonore nous renvoie à l'enfance de son conjoint pour qui l'arrivée à l'école a été très compliquée, si bien que sa mère s'est arrêtée de travailler pour s'occuper de lui jusqu'à ce que les choses s'apaisent avec la naissance de sa petite sœur. Cela nous renvoie également à la propre relation d'Eléonore avec sa mère marquée par la dépendance affective pendant de très longues années. Nous développerons tout cela par la suite. Peut-être a-t-elle également peur d'être elle-même dépendante affectivement de son fils, de construire une relation exclusive avec lui ? Par ailleurs, cela nous renvoie également à son angoisse de ne plus « *exister socialement* » en arrêtant temporairement son travail pour s'occuper du bébé, et au fort investissement phallique de son travail et de l'activité en général. Cela renvoie donc au conflit entre identifications masculines et féminines. Nous pouvons d'ailleurs faire le lien entre ce désir d'un enfant indépendant et la crainte d'une fusion trop menaçante, risquant de déborder Eléonore. Rouyer (1995) soulignait ainsi la difficulté à

supporter la dépendance à l'enfant qui pourrait rappeler celle à l'agresseur dans le cas des femmes enceintes et mères abusés pendant l'enfance.

Par ailleurs, se pose la question de la place de cet enfant dans le couple. Eléonore insiste sur la nécessité de « *protéger* » son couple (en retrouvant notamment son corps de femme) mais elle insiste également sur le fait que « *le bébé on va y consacrer, fin on va lui consacrer énormément de temps et d'attention, d'être énormément à son écoute. Par contre ce sera qu'un enfant. Ce sera pas la pièce maîtresse de notre famille, ce sera un prolongement de notre couple.* ». La dénégation laisse entendre le désir d'enfant et de parentalité surinvestis avec une centration sur l'enfant.

RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES

La grossesse a été annoncée très tôt à la famille proche (parents, frères et sœur). Nous retrouvons la question de l'attente, très investie, de ce bébé par elle et les grands-parents. En lien avec cette question, l'on repère le retour de représentations mortifères et la nécessité de soutien par la famille si la grossesse n'avait pu être menée à son terme. Les deux familles représentent un soutien pour le couple, autant avant que pendant ou après la grossesse. Néanmoins, cela est source d'ambivalence massive lorsqu'il s'agit de sa propre mère. L'insistance est ainsi portée sur la nécessité de se retrouver « *à trois* », dans l'intimité de leur propre petite famille où sa mère n'a pas sa place. Il n'est pas question du besoin de « repousser » les autres grands-parents. La représentation qui en découle, au-delà de relations conflictuelles et de représentations ambivalentes, est celle d'une mère intrusive.

2.1.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 d'Eléonore

CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE

Nous rencontrons Eléonore pour la seconde fois le jour exact des quatre mois de son bébé. Nous avons eu des nouvelles entre ce second entretien et notre première rencontre au moment de l'accouchement. Eléonore a accouché d'un petit garçon comme prévu, que nous appellerons **Dominique**. Eléonore nous accueille de nouveau très souriante.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous retrouvons Eléonore et Dominique pour le troisième entretien dans leur nouvelle maison. Eléonore est toujours très souriante et semble heureuse de nous revoir pour évoquer sa première année en tant que mère. Nous nous installons dans le salon. Dominique sera présent

en début d'entretien puis sa mère ira le coucher pour la sieste. L'on a ainsi tout le loisir de l'observer. Dominique va apporter des jouets sur la table du salon, tenter d'attraper les tasses sur la table ou encore taper avec beaucoup de plaisir sur cette même table avec une cuillère. Eléonore va donc le « gronder » à plusieurs reprises et lui donner ses propres jouets ou le reposer dans son « espace de jeu » pour tenter d'être un peu plus au calme pour l'entretien. Il va également « jouer » de la guitare, « lire » et jouer seul dans son coin à d'autres moments. Il est donc tout à fait en capacité de jouer seul en présence de l'autre mais peut aussi être dans l'interaction, donnant un jouet ou le récupérant. Il vocalise beaucoup et se déplace à quatre pattes. Il arrive à se lever en s'appuyant sur un meuble mais ne marche pas encore sans le soutien d'un adulte.

L'ACCOUCHEMENT

La première partie du discours d'Eléonore est centrée sur l'accouchement qui a été très traumatique pour elle. Nous nous questionnons concernant cet accouchement après terme qui vient d'une part renforcer une attente déjà existante mais également signifier des représentations et ressentis inconscients contraires, refoulés et contre-investis par cette attente consciente et verbalisée. La prolongation de la grossesse peut renvoyer à une angoisse de perte (de soi) chez Eléonore, à l'angoisse de perte du bébé imaginaire et à la rencontre avec un bébé réel qui ne correspondra pas à ses attentes et désirs, à l'angoisse de ne pas pouvoir « rencontrer » et communiquer avec ce bébé, à l'angoisse de n'être elle-même pas une mère idéale, aux conflits non élaborés avec sa propre mère, à une angoisse et au refus face aux changements que va entraîner le bébé dans sa vie au sens de la « contrainte » qu'il pourrait également représenter. La prolongation de l'accouchement signifierait une défense contre la reviviscence massive de l'ambivalence à l'égard de la mère et à l'égard du fœtus (Bergeret-Amsselek, 1996). Ce dernier pouvant être identifié à son abuseur (Apers, 2009 ; Chabert & Chauvin, 2005 ; Rouyer, 1995 ; Shabanova Vandelet & al., 2015). L'accouchement renvoie également à la passivité, à une absence de contrôle, particulièrement angoissant pour Eléonore comme nous avons déjà pu le noter suite à notre premier entretien au regard du traumatisme de l'enfance. Dans le cas d'Eléonore, l'accouchement est très vraisemblablement venu réactiver les séquelles traumatiques des attouchements, d'où un vécu d'effraction corporelle et psychique (Chabert & Chauvin, 2005 ; Leeners & al., 2016 ; Rouyer, 1995 ; Shabanova Vandelet & al., 2015).

L'évocation de l'accouchement lui-même est ainsi marquée par des représentations négatives extrêmement massives qui font, selon nous, directement écho aux attouchements (pénétration/expulsion) : « *l'expulsion m'a paru heu interminable et atroce !* », « *j'ai trouvé ça*

violent, je m'attendais pas à ça heu... », « très très douloureux ». Il nous semble qu'Eléonore n'avait peut-être pas « pensé », « anticipé » l'accouchement, ce qui a été d'autant plus traumatique pour elle. Cela marque aussi une difficulté à penser la fin de la grossesse, ce qui nous renvoie au fait qu'elle s'est prolongée après terme. Par ailleurs, la question de la douleur est centrale. Celle-ci l'a complètement submergée, a fait effraction au point qu'Eléonore a eu besoin d'un témoignage du médecin en tant que reconnaissance de la réalité de ce qu'elle a vécu pour pouvoir se le réapproprier en intellectualisant puisqu'il s'agit d'un de ses mécanismes de défense opérant habituellement. Le discours alterne entre temps présent et temps passé, ce qui nous indique que l'événement n'est pas encore complètement élaboré. Le bébé était à la fois source de souffrance mais également d'inquiétudes. Se mélangent également quelque chose de sa propre survie et du bien-être du bébé. L'ambivalence est à son apogée. Le soutien et l'étayage de son conjoint ont été salvateurs pour Eléonore : *« On l'a accouché à deux quoi ».* C'est également lui qui la raccrochait à la réalité face à un vécu potentiellement dépersonnalisant.

Lorsque son fils est sorti, Eléonore explique n'avoir pas compris, n'avoir pas réalisé du fait de sa centration sur le fait d'accoucher, de faire sortir le bébé et sur la douleur. L'accouchement a ainsi été marqué par un temps de sidération. Bergeret-Amselek (1996), comme d'autres auteurs, estime que la douleur de l'accouchement permet l'inscription psychique de l'accouchement et de son sens si cette dernière peut être accueillie, contenue et éprouvée sans désorganisation. L'accouchement implique de se laisser effracter dans le réel ainsi qu'une contradiction entre un « lâcher-prise » par rapport à la douleur et la nécessité de la contenir, l'intégrer, tout en ne cherchant pas à la maîtriser ou à y rester. Il nous semble que la douleur n'a pas pu être intégrée par Eléonore, qu'elle est venue l'effracter, dépassant ses possibilités d'intégration. L'accouchement a ainsi représenté une véritable effraction corporelle et psychique désorganisante pour Eléonore et que l'on peut mettre en lien avec la reviviscence du traumatisme des attouchements (Apers, 2009 ; Leeners & al., 2016). Cela expliquerait sa difficulté à prendre conscience dans les premières minutes après l'accouchement que son bébé était bien sorti. C'est lorsque son fils a été posé sur son ventre qu'elle a pu prendre pleinement conscience : *« Là c'était un bébé qui était très éveillé, les yeux ouverts qui me regardaient et c'était parti. »* Sa voix s'apaise, s'adoucit. Cela sera d'ailleurs le cas tout au long de l'entretien dès qu'elle évoquera son bébé dans quelque chose d'enveloppant, de maternant, de calmant. Il lui a ainsi fallu un petit temps pour se retrouver, se réunifier pour pouvoir se tourner vers son bébé.

La « rencontre », l'établissement du « contact » s'est fait deux ou trois jours après la naissance : *« J'ai senti que le contact s'était fait et que je devenais sa maman. On est resté un*

long moment et il me regardait avec de grands yeux. Il y a eu un truc qui s'est passé à ce moment-là », « un déclic ». C'est par le regard de son fils qu'elle s'est sentie devenir sa mère. Elle ajoute que la tension de l'accouchement était passée, qu'elle avait pu se reposer et se relâcher : « j'étais disponible pour devenir mère » et ils ont pu « s'occuper l'un de l'autre ».

LE BEBE

Problèmes de santé du bébé et angoisses mortifères

Le retour au domicile a été marqué par des angoisses concernant la santé de Dominique. Celui-ci a en effet fait un malaise avec arrêt de la respiration, qui s'est finalement avéré sans danger après examens. Les représentations minimisées ne sont pas du tout en adéquation avec les affects massifs d'angoisses : « *un petit malaise* », « *qui nous a énormément inquiété* », « *effrayant* ». L'on ressent la panique ressentie par Eléonore à ce moment-là, qu'elle semble revivre pendant l'entretien à travers la description de la scène et des représentations massives. Il en était de même pour l'accouchement. Contrairement à ce que l'on a pu noter dans la littérature, le souvenir de l'accouchement n'a pas été refoulé ce qui laisse penser qu'il fait toujours trauma, peut-être par réactivation du trauma initial des attouchements. L'envahissement par la massivité des représentations est gardé sous contrôle grâce aux procédés rigides de type descriptif, rationalisation, précautions verbales et isolation des affects. L'angoisse de mort est cependant au premier plan, verbalisée : « *parce qu'on a quand même le spectre de la mort du nourrisson* ». Néanmoins, elle a pu attendre le lendemain matin pour emmener Dominique aux urgences. Elle conclut en minimisant son vécu « *donc voilà le début assez éprouvant, éprouvant nerveusement, physiquement, moralement.* » d'autant que s'en est suivie une succession de « *problèmes* » ou d'inquiétudes autour de la santé du bébé. Le premier mois a donc été marqué par une angoisse permanente de malformations et/ou de mort du bébé avec une impossibilité de se détendre, de « *souffler* ». Malgré la minimisation des représentations, l'angoisse sous-jacente mortifère restait massive puisqu'elle explique l'avoir « *beaucoup gardé dans la même pièce* » qu'elle. Bien que l'angoisse soit moins massive, Dominique dormait ainsi toujours dans la chambre de ses parents à ses quatre mois, ce que Eléonore justifie par rapport à la facilité de l'allaitement et du fait que « *c'est facile d'avoir un œil sur lui, (...) il nous fallait le temps aussi pour être bien serein* ». L'angoisse de perte et de mort entraîne la nécessité d'être présente pour (sur)veiller son bébé. Bien que ces angoisses de mort semblent « normales » aux vues de l'arrêt respiratoire de Dominique, il est possible qu'elles soient majorées par des vœux mortifères et la haine maternelle, eux-mêmes exacerbés par l'identification inconsciente du bébé à son agresseur (Apers, 2009 ; Rouyer, 1995).

Eléonore est finalement capable de prendre de la distance par rapport à ce qui s'est passé expliquant qu'elle ne nous a dépeint « *que ce qu'il s'est mal passé* » mais que ce n'était pas des « *gros soucis* », « *simplement quand ça arrive pour la première fois et qu'en plus on est très fatigué, bah... ça envahi quoi, ouais. Ça submerge.* ». De nouveau c'est la fatigue qui réapparaît en tant que source des difficultés plus que les événements eux-mêmes. La fatigue vient mettre à mal ses défenses opérantes en temps normal.

Allaitement, reviviscence du trauma sexuel et réactualisation de fantasmes archaïques

Eléonore, son conjoint et leur bébé sont restés sept jours à l'hôpital. En effet, Eléonore explique ne pas avoir eu de montée de lait au bout des trois jours et que Dominique a perdu plus de poids que la normale. Le corps médical semble avoir été vécu comme culpabilisant par Eléonore bien que le discours reste très descriptif et désaffecté : « *il y avait un peu la pression quoi de : il faut qu'il prenne du poids, il faut que vous ayez du lait* ». Le discours attribué au personnel de la maternité n'est-il pas une projection de sa propre culpabilité ? Culpabilité également alimentée par la haine inconsciente à l'égard du bébé qui la culpabilise, qui peut lui renvoyer l'image d'une « mauvaise mère » (notamment à travers le discours des soignants) et qui demande une attention exclusive alors qu'elle-même était « *très fatiguée* » et aspirait au repos, au repli sur elle-même. Le conflit entre libido narcissique et libido d'objet est ainsi majoré chez l'accouchée. Elle ajoute qu'elle attendait cette montée de lait « *parce que c'était pas très sympa de donner des compléments artificiels à mon bébé alors que je voulais l'allaiter* ». Le discours ne nous semble pas adapté. A la culpabilité pourrait s'ajouter une certaine frustration projetée sur le bébé du fait qu'elle souhaitait, elle, l'allaiter.

Eléonore a fait une alternance allaitement - biberon jusqu'aux trois mois de Dominique où elle n'avait plus de lait : « *en fait j'étais pas assez sollicitée* ». De plus, cela « *prenait énormément de temps* » et « *était très fatigant* ». La question de la fatigue intense d'Eléonore est présente en filigrane tout au long du discours concernant le contexte de la naissance et l'accouchement lui-même. La fatigue acculant Eléonore dans ses retranchements comme elle l'avait déjà évoqué lors du premier entretien, entraînant un risque de débordement psychique. Nous mettons d'ailleurs en lien la fatigue avec l'allaitement puisqu'elle nous dit de ce dernier que « *ça pompe* ». Plusieurs représentations découlent de cette expression. A la fois l'allaitement « *ça pompe* » au sens où, familièrement, cela entraîne de la fatigue, et à la fois cela renvoie au bébé qui lui-même « *pompe* » le lait mais également l'énergie, dans quelque chose peut-être de vampirique. Les difficultés à allaiter les premiers jours pourraient-elles être à mettre en lien avec cette représentation « vampirique » du bébé ? Peut-être cette difficulté face à l'allaitement

perçu d'une certaine manière comme l'affaiblissant ou comme « vampirique » pour elle a-t-elle était ressentie par son bébé, entraînant alors un comportement d'adaptation se manifestant par une absence de demande de nourrissage pour « préserver » sa mère. La possible angoisse de dévoration, d'engloutissement réactivée par l'allaitement serait à mettre en lien avec les angoisses de dévoration et d'engloutissement par sa mère, repérées lors du premier entretien. L'allaitement renvoie également à la fusion totale mère-enfant, fusion qui semble à la fois redoutée et désirée par Eléonore avec sa propre mère. Ses propres conflits infantiles sont réactivés face à la phase orale de son bébé.

Les complications autour de l'allaitement sont également à mettre en lien avec les antécédents d'abus sexuels subis par Eléonore (Apers, 2009), l'allaitement pouvant induire des sensations (contractions vaginales, ...) déclenchées par la tétée (Bayle, 2005). L'allaitement au sein pourrait s'avérer trop menaçant par l'érotisation et le rapproché sexuel qu'il peut impliquer. Elle ne peut non plus se laisser passiver par son bébé. La séduction primaire s'avère ainsi trop menaçante pour elle au regard du trauma sexuel, d'autant que son bébé est de sexe masculin. Celui-ci pourrait alors être identifié inconsciemment à son agresseur (Apers, 2009 ; Chabert & Chauvin, 2005 ; Rouyer, 1995 ; Shabanova Vandelet & al., 2015). Cela s'articule avec l'insistance d'Eléonore sur l'indépendance, la différenciation de son bébé. La fusion risquant de la déborder psychologiquement.

L'ambivalence est ainsi toujours très présente pour chaque thème abordé. Il semble ainsi que la passation exclusive au biberon ait été un soulagement pour Eléonore et que cela corresponde au moment où Dominique se soit mieux alimenté, rattrapant son retard de prise de poids. Le conflit entre le désir du meilleur possible pour son bébé (axe objectal) et la menace sur son propre narcissisme (axe narcissique) est massif.

A ses un an, l'alimentation se passe « *super bien* ». Dominique mange « *de tout* » et mange des petits morceaux. Par ailleurs, il commence « *à vouloir manger par lui-même* » : « *donc je l'accompagne hein! Je le laisse. Je lui donne la cuillère, je la remplis moins hein! Je lui donne la cuillère, il la met dans sa bouche* ». Le rejet du biberon manifeste un désir d'autonomisation. Le refus marque également l'investissement de la maîtrise, de la pulsion d'emprise par Dominique.

Relations mère-bébé : des interactions gratifiantes avec un bébé différencié

Les premiers mois de vie étaient centrés sur la création d'un « *cocon* » à trois dès la naissance, avec la centration sur le bébé : « *on vit pour lui hein* », « *On a fait attention, très attention à son rythme pour pas qu'il soit heu, déboussolé et puis, qu'il ait confiance, qu'il*

sache que dès qu'il a un besoin, puisqu'il ne peut pas l'exprimer, il ne peut pas le satisfaire lui-même, qu'il ne soit pas dans l'angoisse en fait. ». Cela correspond aux souhaits d'Eléonore et de son conjoint déjà évoqués pendant la grossesse. Cela est d'ailleurs tout à fait adapté et implique une adaptation au bébé, à son rythme et à ses besoins. Cela se confirme dans les changements au niveau du mode de vie du couple qui a repris une vie sociale mais en étant toujours centré sur le bébé et son rythme.

Eléonore revient sur l'évolution de Dominique depuis sa naissance. Elle évoque une certaine « *frustration* » entre la fin des « *premières fois* » et le début d'une véritable interaction « *intéressante* ». Elle explique : « *Enfin voilà, on le nourrit, on le change et y'a rien, 'fin nous on a rien quoi. On l'aime mais on a pas de retour, y'a pas d'échange en fait* ». Les premiers soins avec un nourrisson mettent en jeu la séduction primaire et une relation érotisée où le bébé est passivé par sa mère. Cela peut s'avérer trop menaçant pour Eléonore au regard du rapproché sexuel que cela implique en lien avec les antécédents d'attouchements. Cela ne pouvant qu'être renforcé du fait qu'il s'agit d'un petit garçon comme nous l'avons déjà dit. Le besoin d'un retour, source de gratification et de valorisation est également important pour Eléonore.

En effet, Eléonore éprouve une réelle gratification narcissique qui favorise à la fois une représentation positive d'elle comme mère et de son bébé, à travers les comportements interactifs de son fils à partir desquels elle lui prête des intentions à son égard. Cela passe également par le fait qu'elle soit la seule à pouvoir le consoler, ce qui est valorisant et important pour elle. Eléonore a ainsi le sentiment d'être identifiée et reconnue par son fils comme une personne particulière, de ne pas être confondue avec les autres personnes de son entourage. Ainsi, la maternité et son bébé viennent mettre à mal des enjeux narcissiques-phalliques d'Eléonore (idéaux professionnels, idéaux d'indépendance, corps déformé) alimentant la haine maternelle refoulée mais cela apparaît contre-investi par l'investissement phallique-narcissique de son fils et des gratifications narcissiques qu'il entraîne au sein des interactions.

Eléonore insiste également sur le fait que son fils soit « *compatible avec la société* », « *qu'il s'y retrouve* », « *qu'il ait les codes en fait* », « *qu'il puisse se débrouiller assez rapidement seul et qu'il soit pas perdu, qu'il se sente pas perdu* » comme elle s'est sentie perdue lorsqu'elle a commencé à être plus indépendante par rapport à sa mère et sa sphère familiale. La nécessité que son fils puisse « *se débrouiller assez rapidement seul* » renvoie à la crainte qu'il soit dépendant d'elle comme elle-même a été dépendante de sa mère. Elle a à la fois la peur que son fils se sente rejeté et à la fois la crainte qu'il soit dépendant d'elle, dépendance qui peut lui renvoyer celle à son agresseur (Rouyer, 1995) en lien avec le vécu de passivité-

passivation (Green, 1990, 1999). Par ailleurs, l'insistance sur un enfant « adapté » à la société fait écho à la personnalité très surmoïque d'Eléonore.

Ambivalence à l'égard des mouvements d'opposition du bébé et remise en cause de la valorisation induite par le rôle de mère

Eléonore fait également référence, lors des deux entretiens, au caractère « déjà très affirmé » de son fils et à ses conduites d'opposition qui vont jusqu'à des « affrontements » lorsqu'il refuse des choses. L'on repère très nettement un rapport de force qui se joue entre Dominique et sa mère. Les pulsions d'emprise et la maîtrise sont en jeu chez les deux sujets. L'opposition et le refus de Dominique qui s'exprime bruyamment semblent induire massivement des mouvements agressifs et d'emprise de la part d'Eléonore qu'elle canalise malgré tout par le recours à la parole plus qu'à la force ou aux cris. Cela est renforcé lorsqu'elle est face au regard des autres avec une peur du jugement prédominante. L'on retrouve le Surmoi exacerbé d'Eléonore. Elle projette finalement sur les autres ses propres représentations négatives de mère qui n'est pas en capacité de « gérer » son enfant « insupportable ». Il y a besoin de se justifier auprès des autres, ce qui peut aussi traduire un besoin de se justifier elle-même dans ses réactions face à son fils, dans une tentative de se convaincre qu'elle fait les choses « bien ». Cela renvoie à son « autorité » auprès de son fils. Eléonore est ainsi dans le besoin de bien faire et, au-delà, de ne pas faire d'erreur et d'être toujours « parfaite ». Son statut de mère n'est pas alors complètement valorisant puisqu'elle ne correspond pas à une mère « modèle » selon ses propres critères. Tout cela peut concourir à des représentations en partie négatives à l'égard de son fils, refoulées. Son fils ne serait pas gratifiant pour elle en tant que mère dans la société.

Par ailleurs, la difficulté à supporter la pulsionnalité agressive de son fils, ce qui a déjà conduit à des punitions, le besoin de contrôle sur lui et la difficulté à supporter son opposition renverraient à une assimilation inconsciente de son fils à son grand-père maternel agresseur.

Les représentations d'Eléonore en tant que mère sont ainsi marquées, au dernier entretien, par des questionnements relatifs aux comportements de son fils notamment concernant le positionnement à adopter face à l'opposition et au caractère de Dominique : « C'est à dire qu'est-ce que je tolère, est-ce que... qu'est-ce que je tolère, qu'est-ce que j'accepte ? ». Elle n'imaginait pas être déjà dans ces questionnements au un an du bébé. Les interrogations sont marquées par des représentations contrastées entre l'importance et les bienfaits que son fils « s'exprime » et la nécessité qu'il « comprenne quand même et qu'il fasse ... », qu'il n'a pas le droit de faire certaines choses ou qu'il doit faire certaines choses. Il s'agit

de mettre du sens sur les réactions des parents face au comportement de Dominique et de mettre du sens sur ce qui se joue pour lui à ce moment, en lui. Par ailleurs, elle a le sentiment d'être en permanence en train de dire « non » et de poser des limites. Cette façon de réagir questionne justement beaucoup Eléonore : « *Mais ça, ces moments, là, c'est assez dur parce que là on se questionne en fait parce qu'on se dit : « Est-ce que je fais bien ? », « Est-ce qu'il va pas se traumatiser par rapport à l'endroit euh ? », « Est-ce que ... » » ». Cela est source de culpabilité qui reste minimisée, d'autant qu'il « n'y a pas de « bonne réponse » ». Cela soulève également la question de la peur d'un rejet de sa part et/ou la peur que lui-même se sente rejeté ou « mal-aimé » par sa mère. Les limites, les interdictions, les frustrations pourraient être vécues par Eléonore comme un risque de traumatisme, de rejet, d'abandon. Cette centration sur le besoin « d'expliquer les choses » et que son fils « comprenne », comme défense contre une angoisse de rejet ou d'abandon fantasmée par Eléonore, traduisent une formation réactionnelle face à des pulsions agressives massives et à la haine maternelle à l'égard de son fils.*

L'on peut également se demander si Dominique, à travers certains comportements (crises, opposition massive, ...), ne recherche pas justement des limites fermes, une assurance, un positionnement qui « tient » de la part de sa mère. Cela permettant alors de garantir le pare-excitation face à ses propres mouvements pulsionnels. Cela lui permettra également de gérer progressivement ses tensions en intégrant progressivement le pare-excitation maternel. Néanmoins les mouvements oppositionnels de Dominique s'inscrivent très probablement en contre-pied des désirs de maîtrise d'Eléonore. L'on repère justement l'angoisse que sa parole n'ait plus d'effet sur Dominique pour le calmer ou le canaliser, comme si elle ne croyait pas elle-même dans le pouvoir de ses paroles à l'égard de son fils. Elle formule également sa crainte qu'il puisse devenir violent, que nous pensions en identification à son abuseur. L'on a le sentiment qu'elle craint également sa propre agressivité ou sa propre violence à l'égard de son fils. La centration sur la parole fait barrage à ses mouvements pulsionnels avec l'angoisse qu'ils débordent si la parole ne fait plus effet face aux comportements de son fils. Ces mouvements agressifs sont d'autant plus importants par l'absence de maîtrise, de contrôle sur son fils et du fait qu'elle ne puisse pas « gérer » son fils face au regard des autres et de la société, lui renvoyant l'image d'une mère « incapable ». Par ailleurs, ces mouvements agressifs et le fantasme d'un enfant violent peuvent s'articuler aux antécédents d'abus sexuels par projection d'une mauvaise image de soi ou de l'abuseur sur l'enfant (Mazoyer & al., 2013 ; Rouyer, 1995).

Le développement psychomoteur est très positivement investi par Eléonore dans la mesure où elle a le sentiment que son fils comprend mieux les choses, ce qui favorise une

certaine tempérance lors des conflits. Eléonore prend beaucoup de plaisir à voir son fils évoluer, à découvrir, à être curieux. Elle accorde une grande importance à lui apprendre des choses et semble prendre autant de plaisir que lui lorsqu'il exécute ces gestes appris. Dominique est ainsi beaucoup dans l'imitation selon sa mère. Eléonore est ainsi en admiration devant les progrès de son fils et les nouveautés dans son développement : « *C'est épatant* ».

Eléonore explique également ne pas arriver à « *imaginer* » son fils plus âgé ou l'avenir puisqu'elle ne peut pas « *le planifier* ». Cela fait écho à son besoin de maîtrise comme lutte face à l'inconnu et la passivité. Elle explique cette attitude du fait qu'« *imaginer* » « *ça peut créer des déceptions quoi* ». Cela implique finalement qu'elle attend beaucoup de son fils et qu'elle projette sur lui des représentations inconscientes « *lourdes* » dont elle se défend. Néanmoins, cela pourrait traduire également une grande capacité d'adaptation à son enfant. Elle explique ainsi avoir une « *éducation* », des « *principes* », des « *valeurs* » qui représentent une « *colonne vertébrale* », une ligne à suivre mais qu'il faudra nécessairement « *évoluer* », autrement dit s'adapter puisqu'un enfant ne fait pas l'autre : « *ils n'ont pas les mêmes caractères, les mêmes besoins* ». L'accent est ainsi de nouveau porté sur l'individualité de son enfant et l'adaptation à ses différences.

Angoisse de séparation

Dominique a par ailleurs manifesté des troubles du sommeil et du comportement que l'on peut très vraisemblablement rapprocher de l'angoisse de séparation autour de ses huit mois : « *La séparation en fait, le soir, il voulait pas. (...) Chaque coucher c'était une séparation et c'était des hurlements, c'était... c'était comme si on le séparait quoi !* ». Nous nous demandons si, et dans quelle mesure, cette angoisse de séparation pourrait faire écho à celle d'Eléonore ou bien au contraire aux vœux de mort inconscients à l'égard de ce bébé.

Parallèlement, a eu lieu l'adaptation puis la mise en nourrice qui a été « *chaotique* » puisque Dominique n'a cessé de pleurer. Eléonore explique longuement que « *la nounou s'est sentie dépassée, débordée, enfin elle a pas géré en fait cet... euh... elle a pas géré !* ». Ce dernier terme est à double sens : elle n'a pas su gérer l'enfant mais elle n'a pas, familièrement, assuré, elle n'a pas tenu la route. Nous nous questionnons sur cette insistance sur la nounou dépassée. S'agit-il de ne pas remettre en question Dominique, de le protéger de représentations plus négatives ? Cela pourrait-il renvoyer au propre vécu d'Eléonore projeté sur la nourrice ? En effet, le fait que son bébé vive difficilement la séparation la remet directement en question dans ses capacités de mère et peut venir également remettre en question l'« *utilité* » d'être resté avec

lui, de s'être « contrainte » à rester centrée exclusivement sur lui les huit premiers mois de sa vie, chose qu'elle verbalise comme « *difficile* » pour elle avec un sentiment d'aliénation et de perte d'existence : « *On a tout fait pour que tout se passe bien* ». Cela a pu alimenter des représentations négatives à l'encontre de Dominique. Les angoisses de séparation peuvent également renvoyer à celles d'Eléonore que l'on pourrait associer, en partie, aux angoisses mortifères du début de vie de Dominique. L'on peut également les mettre en lien avec la problématique de séparation-dépendance dans la relation à sa mère. Le fait de se centrer sur son fils les huit premiers mois de vie alors que cela entraînait un sentiment d'aliénation et la crainte de perte d'existence pourrait d'ailleurs être en lien avec cette problématique de perte. La crainte d'un bébé dépendant également. Finalement, le choix a été fait de changer de nourrice dans une ambiance tendue puisque Eléonore devait reprendre le travail : « *On avait pas le droit à l'erreur* ». Qui n'avait « *pas le droit à l'erreur* » ? Eux en tant que parents ? Dominique ? Il ressort que l'erreur n'est pas possible, pas envisageable et que tout « accroc » ou écart par rapport au plan prévu par Eléonore représente une erreur pour elle. Cela traduit un fonctionnement rigide où tout se doit de « fonctionner » comme prévu. Malgré tout, il reste qu'Eléonore a été en capacité de s'adapter aux imprévus et à cette situation, mais non sans angoisse. La centration a également été sur le rythme de Dominique puisqu'ils ont fait « *en fonction de ce qu'il nous montrait* », respectant ses limites.

Malgré cette difficulté de Dominique face à la séparation, il est et a été depuis ses premières semaines de vie, confié à ses grands-parents qui le gardent régulièrement. En effet, Eléonore expliquait le mettre en garde pour qu'il s'habitue et « *qu'il comprenne que ... que j'l'abandonne pas, que j'le retrouverai toujours, que ...* ». Cependant, lors de la période de ses huit mois, « *il ne voulait aller avec personne* ». Dominique faisait par ailleurs des nuits complètes depuis ses trois semaines. Les troubles lors de l'endormissement et le refus d'aller avec d'autres seraient donc bien réactionnels à la séparation d'avec sa mère avec la mise en nourrice.

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Etre-mère vs être-femme et sentiment de culpabilité exacerbé

Le conflit psychique entre être-mère et être-femme occupe une large part de chacun des deux entretiens. Dominique ayant grandi, l'investissement narcissique-phallique du début de vie et la fusion laissent en effet place à une relation plus objectalisée et au désir de réinvestir sa vie. Ainsi, lors du second entretien, Eléonore évoque à plusieurs reprises son désir de « *reprendre [sa] vie... avec [son] bébé* » et le fait que « *Ça fait 4 mois hein, qu'j'suis tout le*

temps avec lui (...) Mon emploi du temps est rythmé sur le sien. (...) Donc quand je peux le laisser et puis heu, heu ... (...) ça m'gêne pas parce que, j'vais pas dire que ça me fait du bien parce que c'est pas ça non plus. Je ressens pas de soulagement parce que j'me sens pas non plus heu ... J'en ai pas marre hein ... C'est ma vie. Je, j'en ai pas marre. Mais ... j'ai pas de soulagement heu ... particulier. ». La dénégation laisse entendre une tentative d'évacuation de ces ressentis qui sont pourtant les siens. Elle ajoute ne pas se sentir « stressée » : « *je pensais hein. Moi je m'étais toujours imaginée (...) j'arriverais pas à m'en séparer. Bah oui parce que en tant que fille j'ai été comme ça. Et non j'arrive à m'en séparer sans soucis. Et j'suis très contente de ça parce que ... j'me dis, mon fils va avoir sa vie heu ... Et moi j'aurais la mienne aussi. Et j'veux pas être non plus être esclave de la maternité. Mais par contre, je, je suis en congés heu ... Je suis en congés heu, je suis là ... Mais heu voilà, je ne suis pas que mère en fait. ».* Finalement, elle nous dit : « *C'est pas ma vie quoi. Je ne m'épanouie pas totalement comme ça. Je m'épanouis dans mon rôle de mère. Alors je me dis j'en profite pas hein, j'en profite... Mais c'est vrai que je me dis que septembre c'est loin quoi hein ! ».* Elle explique d'ailleurs au dernier entretien : « *ma reprise en fait a été, je peux pas dire salvatrice devant vous mais euh j'en avais besoin »* et qu'elle « *faisait tout en fonction de lui. Et tellement tout en fonction de lui que...que moi, j'avais pas d'air quoi. (...) J'avais besoin d'avoir ma vie, mon air, que moi aussi j'existe, que j'ai euh... (...) J'avais besoin de vivre par moi-même. Et pour moi en fait ».* Finalement, nous avons le sentiment qu'il s'agissait d'un fonctionnement avec une centration exclusive sur le bébé au point de risquer de disparaître, de ne plus exister autrement que pour lui. Cette centration pourrait être alimentée par la haine maternelle contre-investie. Cela n'a cependant pu que favoriser les mouvements et fantasmes agressifs à l'égard de son fils qui pourraient interférer lorsqu'il s'agit de poser des limites. Au-delà du conflit entre être-mère et être-femme, il apparaît que la relation fusionnelle avec son bébé pouvait s'avérer menaçante pour Eléonore de par l'insistance sur le fait que son bébé soit plus autonome, différencié, avec ses caractéristiques propres, autrement dit indépendant. Cela nous renvoie aux antécédents d'attouchements avec la crainte d'un rapproché trop érotisé et à la difficulté de passiver son fils autant que d'être passivée par lui. Cela fait également écho à sa relation de dépendance avec sa mère. Les représentations sont d'ailleurs massives (« *esclave* ») et renvoie une crainte d'un fils dépendant d'elle mais également sa propre crainte d'être dépendante de lui et de n'exister qu'en tant que mère voir de perdre son existence au détriment du bébé, d'être engloutie. La maternité viendrait ainsi remettre en cause des enjeux narcissiques-phalliques chez Eléonore (idéaux professionnels, idéaux d'indépendance et corps déformé) (Anzieu-Premmeur, 2011).

Elle insiste d'ailleurs longuement, au dernier entretien, sur la nécessité de réinvestir d'autres domaines de sa vie que son rôle de mère et le sentiment de culpabilité qui a pu en découler. Il est de nouveau question du regard que l'on pourrait porter sur elle et qui lui renverrait une image de « mauvaise mère » puisque ne souhaitant plus se dévouer à son enfant, ou ayant besoin d'exister autrement qu'en tant que maman. Cela reflète finalement son propre ressenti et sa culpabilité. Le choix d'accompagner Dominique ses huit premiers mois de vie ne serait-il pas alors également lié à une représentation d'Eléonore de « bonne mère » qui doit se centrer au maximum, exclusivement sur son bébé ? Nous avons le sentiment, à travers son discours, qu'elle s'est elle-même imposé cette décision sans que cela relève réellement d'un désir. Eléonore s'avère ainsi soumise à un Surmoi très virulent. Se conformer aux représentations sociales apparaît ainsi très important pour elle.

Au-delà de ce besoin presque vital nous semble-t-il d'exister pour elle, autrement qu'uniquement en tant que mère, c'est en effet la culpabilité qui domine le discours. Cela du fait qu'Eléonore n'a ressenti aucun mal-être ni aucune difficulté à se séparer de son fils lors de la reprise du travail. Le sentiment de culpabilité apparaît sous-jacent et lié au fait de ne justement pas en avoir ressenti lorsqu'elle laissait son bébé pour réinvestir d'autres activités. Eléonore se questionne ainsi par rapport au fait de « *se détacher aussi facilement* » : « *Est-ce que je suis normale? (...) Est-ce que je l'aime vraiment ?* ». Elle pensait en effet être en permanence en train de penser à son enfant : « *Moi je pensais que en fait on allait toujours ce, y'a cette chose dans le ventre qui faisait que quand on était pas avec son enfant, on était jamais bien. Jamais...jamais entière quoi. (...) que j'allais jamais être bien hors de mon rôle de mère* ». Cela fait écho au discours de certaines mères mais surtout un discours véhiculé par la société.

La culpabilité à la fois de ne pas être centrée sur son rôle de mère et liée au fait de ne pas forcément ressentir justement de la culpabilité, s'exprime également en partie lorsqu'elle explique que lorsqu'elle « *vit sa vie, au travail* » : « *je ne suis pas maman. Ce qui fait que je me dis que le week-end, il faut que je sois cent pour cent avec eux* ». L'on repère de nouveau le conflit identificatoire en jeu, associé à un Surmoi extrêmement massif et virulent voire persécuteur. Elle explique ainsi « *s'être tolérée* », de « *s'être autorisée* » le travail. Cela a pour conséquence que tous les moments autres que le travail sont pour Dominique : « *Je pense que je m'oblige en fait, vu que je me sens tellement libre en fait le reste du temps, je m'oblige à me sentir aliénée quand je suis avec lui en fait. Enfin c'est ce que je ressens* ». Il y a la notion d'obligation et d'aliénation pour éviter la culpabilité et pour maintenir une image de « bonne mère » selon ses propres représentations qui sont, sans aucun doute, marquées par un idéal de perfection déjà noté dans d'autres domaines de sa vie (« *on a pas le droit à l'erreur* »). Eléonore

en est d'ailleurs consciente puisqu'elle ajoute : « *Et je crois que je me suis mis la barre peut-être un peu haut* ». Nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'être encore plus « parfaite » en tant que maman pour « compenser » ce temps qu'elle ne passe pas avec son fils et comme contre-investissement de ces pulsions agressives et ses vœux de mort qui sont par ailleurs ravivés du fait qu'elle « *s'impose* » ces temps. Eléonore évoque cependant que cela est « *un peu lourd* » puisqu'elle « *ne s'autorise pas* » à prendre un moment de détente pour elle sur les temps qu'elle peut passer avec son fils ou bien à gérer le quotidien à la maison.

Eléonore fait le lien avec le fonctionnement de sa mère dans son rôle de mère : « *J'ai pas ce modèle en fait d'une mère qui a un rendez-vous et qui hop qui... donc euh... donc pour moi en fait, ça peut être culpabilisant* ». Cela traduit une identification à sa mère. En revanche, sa mère proposait très souvent de garder les enfants des autres : « *Mais j'ai souvent entendu ma mère dire à des... bah des copines hein dire : « Je te le garde si tu veux parce que des fois ça fait du bien de se poser, moi je sais j'ai trop connu ça* ». Se joue-t-il ici le fait d'être « aussi bonne » que sa propre mère et donc d'être soi-même une « bonne mère », en étant celle qui se « sacrifie » à ses enfants ? Etre mère, dans les représentations d'Eléonore, c'est être « dévouée », « sacrifiée », centrée en permanence sur son bébé. Cela alimente son sentiment d'aliénation et ses fantasmes agressifs. Cela alimentant à leur tour le contre-investissement par le biais notamment d'une « imposition », d'une « obligation » à se centrer sur son fils. Il est possible que Dominique manifeste ses conduites d'opposition et un désir d'autonomisation face à ces fantasmes de sa mère.

La culpabilité a donc trait à l'image de « bonne mère » dans les représentations d'Eléonore et est très en lien avec la représentation de sa propre mère comme « modèle ». Cela a cependant également trait à la question du jugement de la société, des autres éclairant de nouveau la soumission au Surmoi : « *Ouais ça peut...voilà, susciter un jugement, elle va dire euh...bah dis donc euh...alors pourquoi elle a fait un gamin parce qu'elle est tellement contente d'être bien sans que...* ». Il n'y aurait donc pas le droit de prendre du plaisir sans son enfant.

PERE DU BEBE ET RELATIONS DE COUPLE

L'arrivée de Dominique est également venue modifier les relations du couple. Dans un premier temps, c'est une opposition au niveau de la parentalité que nous notons. L'on note ainsi, au second entretien, la peur que son conjoint ne sache pas faire, qu'il fasse autrement et pas aussi bien qu'elle. Il est possible qu'elle projette ses « reproches » sur son conjoint pour limiter l'angoisse liée au fait de ne pas pouvoir contrôler les choses lorsque son fils a été malade. Néanmoins, les représentations de son conjoint en tant que père sont exclusivement positives

aux deux entretiens : « *il est parfait dans son rôle de père* ». Elle nous dit notamment « *qu'il a été submergé* », « *pendant un mois et demi il atterrissait pas quoi en fait* », « *il a été très ému de cette paternité* », « *pour lui c'est une évidence* », « *c'est quelque chose d'intarissable* ». Cela vient mettre en lumière les observations de Lebovici et Stoléru (1983) concernant les interactions père-bébé. La naissance du bébé occasionnerait en effet une brutale libération d'énergie psychique chez le père comparable à un état maniaque. Les pères seraient plus stimulants que les mères, plus tactiles et plus physiques. Le père devient ainsi progressivement médiateur de la séparation et le catalyseur de la sublimation de l'agressivité et de l'activité au moyen du jeu. Elle le qualifie de « *papa poule* » « *comblé* », qui « *joue beaucoup* », qui « *passé énormément de temps avec son fils* », et qui est « *submergé d'émotions et en admiration devant son fils* ». Il apparaît également être un soutien au quotidien. En effet, c'est lui qui emmène et récupère Dominique chez la nourrice et qui gère la maison en attendant qu'Eléonore rentre du travail. Eléonore semble avoir pu investir une vie conjugale où son conjoint n'est pas confondu avec son abuseur. Cela signe une certaine élaboration du traumatisme initial.

Les « contraintes » et les « obligations » que s'impose Eléonore dans son rôle de mère qui se doit d'être en permanence parfaite pour, semble-t-il, compenser son absence et la culpabilité qui en découle, ont un impact majeur sur le couple puisque les temps où le couple se retrouve à deux, sont les seuls temps où elle peut se retrouver elle-même : « *Mais j'ai besoin que là... C'est bon! D'être moi-même, de... qu'on me laisse, d'être seule, de pouvoir me détendre* ». Cela participe à l'absence de véritable retour d'une intimité notamment sexuelle du couple. Elle oscille ainsi entre un surinvestissement de son fils et surtout de son rôle de mère qui doit être parfaite, qui n'a pas le droit à l'erreur et le fait que cela lui pompe toute son énergie, et qu'elle doive ainsi se recentrer sur elle-même uniquement. L'on repère quelque chose d'une « overdose » de l'autre qui vient presque menacer son narcissisme. Cela nous renvoie à l'empiétement psychique qui s'articule avec son besoin exacerbé de maîtrise et la nécessité d'un temps seule pour pouvoir se récupérer que nous avons déjà discuté. La fatigue est également au premier plan lors du second entretien. Cette fragilité psychique exacerbée dès qu'elle est fatiguée serait également liée à cet empiétement psychique. En effet, la fatigue vient mettre à mal les défenses érigées et très coûteuses en énergie. Eléonore risque alors de se désorganiser sous le poids de la fatigue d'où le besoin d'anticiper et de préparer les choses pendant la grossesse pour éviter la désorganisation.

Elle met en opposition, dans une différenciation, l'avant Dominique où « *on pensait qu'à nous* » et aujourd'hui qui est complètement « *différent* ». Elle rationalise néanmoins sur le fait qu'ils en ont « *vachement profité* » et qu'ils étaient « *prêts aussi à ce que ça le soit [différent*

aujourd'hui par rapport à avant, quand ils n'étaient que tous les deux] ». Elle verbalise aussi des affects très positifs concernant leur rôle de parents. Elle insiste sur la communication et l'échange entre eux autour de l'éducation et du quotidien de Dominique et sur l'harmonie entre eux sur ces points. Malgré ces affects positifs forts, l'ambivalence est de mise puisqu'elle ajoute qu'il « *reste à replacer certains curseurs (...) Que tout le monde s'y retrouve avec les balances plus équilibrées que ce qu'elles peuvent me paraître actuellement* ». Cela « *pour que ce soit parfait entre guillemets, même si on vise pas la perfection mais on...* ». La dénégation remet au premier plan cette problématique d'Eléonore.

INVESTISSEMENT ET REPRESENTATIONS DU CORPS DU POST-PARTUM

Les représentations alternent entre massivité et minimisation mais restent exclusivement négatives avec un rejet de son corps aux quatre mois de Dominique : « *Moi j'ai accouché, je voulais reprendre ma vie d'avant avec mon enfant, fin pas ma vie d'avant mais vivre ma maternité quoi. Sauf que bah physiquement j'étais très impactée, corporellement aussi. J'ai pas mon corps !* ». L'on repère des mécanismes antidépressifs qui traduisent la difficulté et le refus, par ailleurs verbalisés, de s'approprier et investir ce nouveau corps qu'elle ne reconnaît pas comme sien. La grossesse est venue mettre à mal son image corporelle. La grossesse, et par déplacement le bébé, représentent alors quelque chose de négatif de par les conséquences qu'ils induisent et qui viennent attaquer son narcissisme et la représentation qu'elle a d'elle-même. Eléonore fait également le parallèle avec sa mère qui fait office de mauvais objet à qui elle ne veut surtout pas ressembler : « *J'ai vu des photos de ma mère heu ... jeune et vu après ses 3 enfants, c'est pas du tout la même, on l'a reconnaît pas hein ! Donc heu ... moi j'veux pas ça quoi !* ». Eléonore est ainsi dans une contre-identification à sa mère. Elle a, au un an de son fils, retrouvé « *une ligne* », pouvant remettre « *des fringues d'avant grossesse* », se sentant « *bien dans [son] corps* », ce qui lui a permis de « *retrouver du plaisir dans les gestes au quotidien* ». Eléonore a réinvesti son corps et son image corporelle de manière très positive ce qui a également participé au réinvestissement de la féminité (achat de nouveaux vêtements) et à son désir de retrouver une vie sociale. La féminité phallique est au premier plan. Tout cela lui a également « *fait du bien* » : « *C'est hyper important parce que ça me manquait, c'est ce qui a fait aussi que j pense que j'avais l'impression d'étouffer parce que j'étais dans un rôle euh...* ».

RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES

« Devenir mère » et reviviscence des conflits d'autonomie-dépendance et œdipien

Lorsque nous abordons la relation avec sa mère, Eléonore rit et soupire. Elle nous explique ainsi qu'elle imaginait qu'elle prendrait mal les conseils de sa mère, ce qui est le cas. Ils sont de « *bons conseils mais ce sont SES conseils donc moi tout de suite je les prends comme heu « t'es pas capable ! » alors que c'est pas du tout dit comme ça, je le sais.* ». L'on repère l'émergence de processus primaires associés. L'on repère également des représentations contrastées entre une mère « modèle », qui a raison et est finalement de bons conseils et des représentations extrêmement négatives liées au fait que cela vienne de sa mère. Les représentations négatives sont marquées par la relation qu'entretient Eléonore avec sa mère. Il nous semble qu'elle est en conflit avec sa mère par rapport à la maternité et au fait d'être mère, comme si elle ne se sentait pas à la hauteur de sa mère, comme si sa mère allait encore être meilleure mère qu'elle pour son fils. La rivalité autour de la maternité est ainsi au premier plan dans la relation à sa mère. Elle nous dit en effet que sa mère vient la remettre en question en tant que mère et « *C'est, c'est pas simple parce que j'me dis : « putain là encore, elle a une longueur de plus d'avance » et j'peux pas lui rabattre son caquet (rire). C'est pas possible, elle a eu 3 enfants et ... elle sait de quoi elle parle quoi. Heu ... sauf que ... bah voilà, les choses ont changé, moi je fais d'une manière heu ... et j'ai envie de faire d'une manière et j'ai pas envie qu'on me dise : « oui mais ça ce serait mieux ! Oui mais ... » ... Bah laisse-moi faire quoi, laisse-moi faire mes erreurs.* ». Elle insiste sur « *[ses propres] erreurs* », « *les miennes quoi ! Parce que sinon, j'ai 35 ans et j'ai l'impression que je ne sais rien faire quoi.* ». Nous repérons le conflit d'autonomie-dépendance en jeu chez Eléonore et qui se joue justement autour de la maternité, n'ayant pas pu se jouer véritablement jusque-là, associé à des enjeux de pouvoirs dans les relations entre générations. Eléonore n'arrive pas à la prendre pour modèle tout en la désidéalisant. L'on repère la présence toujours vive d'une imago maternelle toute-puissante. Eléonore tente de se placer comme mère mais n'arrive pas à sa décaler de sa place de fille par rapport à sa mère, celle-ci conservant sa place de mère dans les représentations de Eléonore et non pas de grand-mère : « *Elle a eu du mal à me le donner [lorsqu'Eléonore, Dominique et son papa sont partis de chez les parents d'Eléonore]. J'ai senti que viscéralement, il y avait quelque chose quoi* ». Eléonore ajoute finalement : « *C'était un peu comme si c'était elle qui était la mère* ». Cela rend de nouveau compte de problématiques archaïque et œdipienne où la rivalité apparaît exacerbée, associée à toujours beaucoup de culpabilité qui alimente alors la relation de dépendance à sa mère.

Sa mère représente néanmoins un soutien, un modèle (sur certains points) et un support d'étayage pour Eléonore. Néanmoins, celle-ci ne le supporte pas du fait que cela maintient, selon elle, « *toujours ce lien, cette dépendance* ». Pour elle, demander conseils ou un soutien à sa mère correspond à une relation de dépendance. Cette représentation implique justement un problème de distance, une difficulté à s'émanciper par rapport à sa mère. Dans un mouvement qui nous semble projectif elle ajoute « *j'ai l'impression qu'elle fait beaucoup pour l'entretenir* ». Le maintien de ce lien et de la culpabilité d'Eléonore à l'égard de sa mère rend compte de la haine contre-investie à son égard en lien avec la rivalité œdipienne exacerbée.

Le comportement de sa mère à l'égard de son petit-fils est ambivalent d'après Eléonore. Elle explique alors qu'elle a « *toujours l'impression de la gêner en fait parce que « oh oui mais moi j'avais prévu ça »... Parce que ma mère en fait voilà euh... : « surtout tu m'appelles quand tu veux » et puis voilà quand on l'appelle elle est jamais disponible* », « *C'est complètement paradoxal* ». Eléonore interprète et comprend les choses « *comme si du coup, en fait, et bah on lui demandait, donc, elle avait le pouvoir de dire et de...et ça l'a fait exister en fait. Et c'est souvent ça que j'ai remarqué en fait, ma mère c'est qu'elle est dans la demande et quand on lui demande, du coup, c'est limite si elle va pas dire « non » euh...pour être là en fait, pour qu'on ait besoin d'elle en fait* », « *Il a fallu qu'elle fixe la règle quoi. Qu'elle prenne le dessus* ». Bien que cela puisse être vrai, il ressort du discours d'Eléonore une grande ambivalence à l'égard de sa mère avec qui elle est en rivalité dans son rôle de mère mais de qui elle attend qu'elle soit toujours disponible, toujours centrée sur son fils. Eléonore ne supporte pas avoir besoin d'elle mais ne supporte pas non plus que sa mère puisse ne pas être disponible. Cela traduit la permanence de la dépendance à son égard et la difficulté à trouver une juste distance.

Les représentations concernant son père sont beaucoup plus positives. Eléonore était « *très contente* » qu'il s'occupe de Dominique avec une relation « *qui s'est super bien faite* » et un grand-père « *pas du tout dépassé par les tâches* » qu'Eléonore ne trouvait d'ailleurs pas simple. Le fait que son père ne soit pas en difficulté et sache « faire » n'entraîne pas les mêmes représentations négatives et la remise en question de ses capacités en tant que mère comme cela le fait avec sa mère.

2.1.2. Protocole du Rorschach et psychogramme d'Eléonore

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I	4''	1 2 3	<i>(rire)</i> <i>J'ai du mal</i> <i>Je sais pas</i> Je vois une citrouille d'Halloween Des chauves souris Et là l'avant d'un crabe <i>C'est vraiment des éléments, le dessin en lui-même ...</i>	C'est les ailes là	G G D1+D22	F+ F+ F+/-	Obj. A Ad	Tend. choc/Tend. refus Ban Com. // globalité
II		4	Ça me fait penser à une coupe de bassin		Gbl	F-	Anat	
III		5	C'est deux personnes, pour moi, l'une en face de l'autre qui lèvent les mains		G	K+	H	Ban
IV	10''	6	<i>(rire)</i> <i>Ça me dit rien</i> Je vois deux oreilles de lapin qui tombent		D4	Kan-	Ad	Choc Tend.refus

			<i>Mais je peux rien dire</i>					
V		7	Un papillon (rire)		G	F+	A	Ban
VI			C'est pareil là je vois pas trop Je sais pas					Tend. refus/Tend. choc
		8	La forme pourrait me faire penser à une peau de vache		G G	F+ F+	A Obj	Ban
		9	Un tapis là Mais rien de plus					
VII	7''	10	Une fée clochette en fait, dédoublée		G	F+	(H)	Symétrie
		11	Une petite fée		D9	F+	(H)	
VIII		12	Je vois des formes qui pourraient ressembler à des félins		D1	F+	A	
		13	Les couleurs, le bleu ça me ferait penser à l'océan, la mer <i>Mais la globalité m'inspire rien de cohérent</i>		D8	C	Élément	

								Tend. choc/Com. // globalité
IX		14	<i>Bah rien</i> A part les couleurs différentes <i>C'est que des tâches pour moi</i>					Choc/ Refus Dénomination couleur
X		15 16 17 18	Alors tout de suite j'ai vu la Tour Eiffel Une porte d'entrée (<i>vert en bas</i>) Là je vois des animaux (<i>noir</i>) Là c'est pareil, comme des araignées, crabes qui portent quelque chose <i>Pour moi il y a une entrée, une perspective dans celle-là</i>	Un soutien-gorge (<i>Rép. Add</i>)	D11 D10 D7 D1+D12	F+ F+ F- Kan+	Archi Archi A A	Com. archi

Temps total : 21 minutes

Choix + : - X : parce qu'elle est très colorée. Je suis sûre que j'y verrai d'autres choses à différents moments.
- II : Parce que j'ai vu quelque chose. J'ai réussi.

Choix - : - VI : Parce que je vois pas grand-chose.
- IX : Parce que c'est trop abstrait. Ça m'évoque rien quoi.

PSYCHOGRAMME Eléonore

R : 18

R additives : 1

Refus : 1 pl. IX

Tps total : 21min

Tps/rep. Moyen :

G : 8 dont 1 Gbl

G%:47

F: 13

F%: 76

F+% : 81

H: 1

Hd:

(H): 2

H%: 18

D: 9

D%: 53

Dd:

Dd%:

K: 1+

kan: 2-

kp:

kob:

A: 6

Ad:

(A):

(Ad) : 2

A%: 47

Dbl:

Dbl%:

FC:

CF:

C: 1+/-

FC':

C'F:

C':

Ban : 4

Elem : 1

Frag :

Obj : 2

Anat : 1

Géo :

Bot :

Choix + : X, II

Choix - : VI, IX

FE:

EF:

E:

Scène :

Nature :

Arch : 2

Abstr :

TRI : 2K/1,5C

F. Compl. : 1kan/0E

FClob

ClobF:

Clob:

Symb :

Sang :

Sexe :

RC% : 41

Eléments qualitatifs : Couleur pl. IX

IA% : 6

Sym. Pl. VII

2.1.3. Analyse du protocole du Rorschach d'Eléonore

2.1.3.1. Clinique de la passation

Le protocole d'Eléonore est marqué par une verbalisation rigide et inhibée. La productivité est légèrement restreinte avec un nombre de réponses inférieur à la norme. L'on note beaucoup de tendances refus ainsi que des manifestations maniaques (rire) qui rendent compte d'un certain malaise dans la passation et d'une tentative de prise de distance face au matériel. L'on note également le désir de réussir, de « bien faire », de répondre à nos attentes. Eléonore verbalise en effet un choix de planche positif dans la mesure où elle « a réussi » à y voir quelque chose et à donner une réponse. Eléonore se centre beaucoup sur le percept avec commentaires concernant la « globalité » de la planche, sa « cohérence » ou encore la « forme » de la tâche, dans quelque chose de rigide, d'intellectualisé.

2.1.3.2. Analyse des processus de pensée

Le nombre de réponses globales est supérieur à la norme au détriment des réponses détails. Cela rend compte d'un désir de maîtrise, de contrôle vis-à-vis du matériel et des sollicitations fantasmatiques sous-jacentes. Cela rend également compte d'une prise de distance défensive à leur rencontre. La majorité des réponses globales est associée à une bonne forme, rendant alors compte d'une bonne adaptation de l'activité de pensée à la réalité externe, de la référence possible à un objet total et d'une identité personnelle stable. Un seul G est associé à une mauvaise forme à la planche II, rendant compte d'une désorganisation perceptive et de la pensée transitoire. L'analyse plus approfondie (D) s'avère plus désorganisante. L'on peut également penser qu'il s'agit de tentatives d'isolation de certains éléments comme évitement d'une confrontation à la globalité de la tâche et à la problématique sous-jacente. Cela ne s'avère cependant pas toujours opérant. L'on note en effet de mauvaises formes lorsque le D est associé à un contenu animal (planche X) ou à des parties d'animal (planches I et IV). La pensée s'avère ainsi opérante malgré des désorganisations ponctuelles face aux sollicitations fantasmatiques des planches. La pensée apparaît également investie défensivement, associée à des contenus géographie, architecture, anatomique, relevant de l'intellectualisation. L'évitement et l'inhibition restent malgré tout très présents.

L'on repère également la présence de kinesthésies humaines (planche III) et animales (planches IV et X) qui rendent compte d'une créativité de la pensée et d'une vie interne investie positivement et accessible, non abrasée par un surinvestissement de la réalité externe. Les mouvements internes peuvent cependant s'avérer désorganisants par moment avec un F-associé au kan à la planche IV. Cela rend de nouveau compte du poids des sollicitations latentes

et des fantasmes en jeu chez Eléonore. L'activité de pensée apparaît dès lors investie à la fois dans quelque chose de défensif et de créatif. Elle est opérante malgré une déformation partielle par incursion des projections.

Le F% est légèrement supérieur à la norme rendant compte d'une bonne adaptation à la réalité, d'un besoin de contrôle et de maîtrise sur la vie interne, d'une activité régulatrice de la pensée. Cela garantit par ailleurs l'existence de limites opérantes entre mondes interne et externe, d'autant que le F+% s'avère être dans les normes. Cela rend compte de l'exactitude des processus perceptifs et d'un bon ancrage dans la socialisation et la réalité externe. Le nombre de banalités également dans les normes, met également en évidence des capacités de socialisation et une certaine conformité. L'on note cependant des désorganisations ponctuelles et transitoires sous le poids des fantasmes en jeu à certaines planches (II et IV essentiellement) comme nous l'avons déjà dit. Le H% est dans les normes également. Cela implique une capacité à s'identifier à des personnages humains et une représentation de soi stable et de bonne qualité. Les personnages humains fantastiques sont cependant plus nombreux que les contenus humains simples, ce qui rend compte d'une certaine immaturité et d'un envahissement fantasmatique qui n'est pas désorganisant pour autant. Le A% apparaît cependant dans la norme, mettant en évidence un protocole adapté et l'intégrité de l'image du corps. L'on peut donc évoquer l'existence, chez Eléonore, d'un cadre stable délimitant monde interne et monde externe malgré des vacillements transitoires sous la masse des fantasmes notamment en lien avec la confrontation à la puissance phallique et à la grossesse.

Eléonore se laisse imprégner par l'environnement puisque le RC% est supérieur à la norme. Cela rend également compte d'une sensibilité à la séparation puisque le nombre de réponses augmente à la planche X (d'où un RC% supérieur à la norme). Celle-ci ne vient pas désorganiser la pensée et peut nourrir la pensée à la planche VIII. Le C pur (planche VIII) et la dénomination couleur (planche IX) mettent cependant en évidence une certaine difficulté de gestion de la sensibilité émotionnelle, une labilité émotionnelle qui reste pondérée par des facteurs de mentalisation (K, kan) mais qui s'articule à une certaine immaturité de la représentation de soi et une sensibilité régressive. La sensibilité affective et pulsionnelle apparaît abrasée puisque la couleur rouge n'est pas identifiée et/ou intégrée dans une représentation. Nous pouvons néanmoins supposer que la réponse à la planche II a été soutenue par la reconnaissance de la couleur rouge (« *une coupe de bassin* »). La couleur n'est cependant pas intégrée à la réponse et le mouvement pulsionnel définitivement abrasé par la

mise en tableau. L'on note par ailleurs une désorganisation perceptive à cette planche. L'évitement affectif et pulsionnel apparaît ainsi défensif contre la fantasmagorie des planches.

2.1.3.3. Représentations de soi, narcissique

De nombreux indices rendent compte de l'absence de problématique identitaire chez Eléonore. En premier les kinesthésies humaines et animales de bonne forme aux planches III et X, ainsi que la présence de contenus humains associés uniquement à de bonnes formes qui garantissent, avec les réponses animales de bonnes formes, l'intégrité de la représentation de soi. L'on note cependant plus de contenus humains fantasmagoriques qui mettent en évidence une valence imaginaire importante tout en garantissant la capacité d'Eléonore à s'identifier à des contenus humains plus immatures. Les planches unitaires sont largement associées à de bonnes formes également avec une banalité à la planche V. La mauvaise forme à la planche IV rend compte d'une désorganisation liée à la problématique phallique de la planche et non d'une problématique identitaire chez Eléonore.

L'on pourrait évoquer à minima une réponse carapace à la planche I (« l'avant d'un crabe ») rendant compte d'une défense par renforcement des enveloppes face au monde extérieur et à la nouveauté, et une réponse symétrie à la planche VII. L'on note également la sensibilité et la régression face aux planches pastelées, sans désorganisation du percept ni de la pensée. L'on note cependant une insistance sur le percept avec des réponses qui se réfèrent à la « forme », à la « globalité » ou encore à la « cohérence ». Cela s'inscrit dans l'inhibition et l'évitement du matériel, dans un investissement du percept dans quelque chose d'une défense rigide face au matériel, d'autant que le F% et le F+% s'avèrent dans les normes. Nous ne repérons ainsi pas de problématique des limites chez Eléonore.

La planche III, malgré la reconnaissance de personnages humains, ne comprend aucune identification sexuée.

La planche VII permet une identification au féminin régressive et vient mettre au premier plan une fragilité narcissique dans l'accès au féminin et face à l'identification au féminin de la mère. La planche IX est par ailleurs complètement évitée.

La planche VI est marquée par l'évidence perceptive sans sexualisation et par le refus qui traduit la reconnaissance de l'objet masculin phallique qui est évité à travers un scotome. La planche IV quant à elle, est marquée par un choc et reste toujours très inhibée avec une évidence perceptive et la présence du refoulement (« *Je ne peux rien dire* »).

L'on peut donc faire l'hypothèse d'une problématique identificatoire chez Eléonore où le masculin phallique est évité et/ou dévalorisé et le féminin accessible dans la régression et associé à une fragilité narcissique.

2.1.3.4. Représentations de relations

Les trois kinesthésies (humaine, planche III et animales, planches IV et X) sont des K de posture rendant compte d'un évitement de la relation et d'une problématique plus narcissique. Elles ne sous-tendent pas la relation ni les mouvements pulsionnels qui restent, les uns comme les autres, abrasés, évités par Eléonore comme défense face au conflit psychique. Les K réprimées mettent ici en évidence la retenue du mouvement pulsionnel agressif. La planche II est traitée de façon narcissique et renvoie, par sa couleur et la mobilisation pulsionnelle sous-jacente, évitées par Eléonore, à son vécu actuel de grossesse. L'on note ainsi une désorganisation par envahissement des fantasmes et projections en lien avec la grossesse. Les mouvements pulsionnels associés restent réprimés par la mise en tableau et une forme d'intellectualisation (« *une coupe de bassin* ») face à la fantasmagorie sexuelle et/ou pulsionnelle.

La planche VII implique une régression face au féminin mais l'identification à la figure maternelle dans sa valence féminine vient mettre à mal les assises narcissiques d'Eléonore avec une réponse symétrie puis un intérêt porté sur un seul côté. La relation est ainsi évitée également face à la figure maternelle. De même, à la planche IX, où Eléonore reste dans un refus complet face à la sollicitation de l'imgo maternelle archaïque. La dénomination couleur sous-entend la régression, évitée par le refus. Cette planche fait l'objet d'un choix négatif de la part d'Eléonore.

La planche IV est marquée par un temps de latence long, rendant compte d'un choc face à la problématique masculine phallique et par une défense maniaque (rire). Cela implique une reconnaissance de la problématique de la planche qui est évitée. L'on note malgré tout une représentation dévalorisée de la puissance phallique, teintée d'une certaine agressivité réprimée (« *qui tombent* »). Le symbole phallique est éludé et l'on repère également le poids du refoulement (« *Je ne peux rien dire* »). La planche VI est quant à elle, également marquée par un évitement et un refus défensif ainsi qu'une évidence perceptive. Cela rend compte de la reconnaissance de la problématique masculine phallique de la planche dans son évitement massif.

La planche I sollicite des défenses maniaques et un refus dans un premier temps chez Eléonore. Les réponses détail et le commentaire sur le matériel et son agencement renforce l'attitude défensive face à cette planche de la nouveauté. L'on observe finalement la mise en

place d'une défense carapace (renforcement des enveloppes) face à une confrontation au matériel angoissant.

La planche X rend compte d'une sensibilité à la séparation puisque le nombre de réponses augmente sensiblement à cette planche. Il y a également une sensibilité perceptive dans une valence de plaisir puisqu'il s'agit d'un choix positif du fait de sa structure colorée et du fait qu'elle « *y verrait d'autres choses à différents moments* ». Eléonore insiste sur la « *porte d'entrée* », « *l'entrée* » à cette planche. L'on peut faire l'hypothèse que cela la renvoie à son état de grossesse, à l'accouchement qui approche et qui serait alors contre-investi (entrée vs sortie), de même que la séparation, au retour à la vie utérine.

2.1.3.5. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

Les modalités défensives d'Eléonore dans ce protocole sont riches. L'on note une prévalence des défenses rigides à travers l'intellectualisation (contenus architecture planche X x2, contenu élément/géographie planche VIII, culture planche VIII, contenu anatomique intellectualisé planche II (« coupe de bassin »)) qui rendent compte du désir de briller intellectuellement. Cela s'associe au désir de « réussir » déjà noté chez Eléonore. Par ailleurs, toujours dans les défenses rigides, l'on note le surinvestissement perceptif au travers des commentaires sur la forme, la globalité, la cohérence, « l'abstrait » (planche IX). L'on note également une prévalence de précautions verbales, étroitement liée à l'inhibition et à l'évitement (refus, temps de latence long). Le refoulement est également présent au travers de cette inhibition notamment avec le refus aux planches identificatoires (IV, VI et VII). L'on note des éléments labiles comme la régression (planche VII et planches pastelles) et l'immaturité. L'on note enfin la répression des mouvements relationnels et pulsionnels (planches III et VIII). L'on ne repère pas de processus primaires en jeu chez Eléonore.

2.1.3.6. Conclusion

Les défenses sont variées et apparaissent avoir un poids suffisant tout en étant peut-être surinvesties. Néanmoins, la pensée est investie à des fins créatives et la vie affective est également présente bien que dans quelque chose de plus difficilement canalisable. La problématique semble être plutôt de l'ordre œdipienne au vue de la problématique identificatoire et de l'absence de problématique identitaire et des limites. Il nous semble en effet que l'accent sur le percept s'inscrit dans un évitement rigide bien plus que dans une problématique limite.

2.1.4. Protocole du TAT d'Eléonore

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: Alors...Un petit garçon qui regarde son violon. (4 sec) Je sais pas, peut-être qu'il a pas le droit d'y jouer ou qu'il est cassé ou... Il y a quelque chose. Il, il est, il est triste. Il est triste et envieux de ce violon. Faut que je détaille plus ?

Procédés du discours : Alors...Un petit garçon qui regarde son violon [A11]. (4 sec) [CI1] Je sais pas, peut-être qu'il a pas le droit d'y jouer ou qu'il est cassé ou... Il y a quelque chose [CI1 ; A31 ; A24 ; B23 ; E14 ; CI2]. Il, il est, il est triste [B22]. Il est triste et envieux de ce violon [B22 ; E23 ; E41]. Faut que je détaille plus ? [CM1+]

Problématique de la planche : *La problématique de l'immaturation fonctionnelle est bien identifiée par Eléonore. L'objet est menacé dans son intégrité ce qui vient signifier la problématique et l'angoisse de perte d'objet à l'œuvre. Par ailleurs, l'immaturation fonctionnelle est traitée en termes de blessure narcissique associée à une angoisse dépressive qui viennent désorganiser le discours d'Eléonore.*

Planche 2: Ça c'est pour moi, c'est la période des labours et ça c'est une institutrice qui est sur le chemin et qui revient de l'école.

Procédés du discours : Ça c'est pour moi, c'est la période des labours [A12 ; CF1] et ça c'est une institutrice qui est sur le chemin et qui revient de l'école [CF1 ; E11].

Problématique de la planche : *Le récit est exclusivement marqué par l'accrochage, le surinvestissement de la réalité externe qui permet d'éviter complètement la problématique de la triangulation œdipienne. L'évitement du conflit lié à cette problématique passe également par le scotome du couple parental. Cela traduirait plutôt l'impossible confrontation à l'exclusion par rapport au couple parental et l'impossible séparation aux objets originaires. Le domaine intellectuel apparaît par ailleurs très investi en défense contre les problématiques œdipiennes et de perte.*

Planche 3BM : (5 sec) C'est quelqu'un qui s'est endormi sur son lit.

Procédés du discours : (5 sec) C'est quelqu'un qui s'est endormi sur son lit [CI2 ; CF1].

Problématique de la planche : De nouveau, les procédés de l'évitement du conflit domine avec un récit très court et exclusivement factuel qui ne permet pas de conflictualiser ni même d'évoquer la problématique de perte d'objet.

Planche 4: Elle aimerait bien qu'il le regarde, qu'il la regarde mais lui, voilà, il est occupé à autre chose. Mais elle aimerait bien euh... voilà. Elle est toute apprêtée, toute... qu'il voit ça. (rire)

Procédés du discours : Elle aimerait bien qu'il le regarde, qu'il la regarde [CI2 ; B13 ; E41 ; B32], mais lui, voilà, il est occupé à autre chose [CI2 ; B23 ; CI2]. Mais elle aimerait bien euh... voilà [B13 ; CI2 ; B32]. Elle est toute apprêtée, toute... qu'il voit ça. (rire). [B32 ; B32 ; CM3].

Problématique de la planche : *Eléonore identifie bien les deux personnages différenciés sexuellement malgré qu'ils restent anonymes dans une tentative de mise à distance. La problématique de la planche est cependant traitée à l'aide des procédés labiles et particulièrement les procédés rendant compte d'une érotisation des relations. Le désir de séduire et d'être désirée, à travers la pulsion scopique, sont portés par le personnage féminin. La pulsion agressive et le conflit apparaissent dans l'évitement de la relation porté par le personnage masculin.*

Planche 5: Ouh là, là c'est une grand-mère qui euh...Qui regarde ce qui se passe avec un regard... Déjà, y'a un problème avant qu'elle arrive. La situation n'est pas forcément problématique mais elle, elle s'attend à voir un problème.

Procédés du discours : Ouh là [B21], là c'est une grand-mère qui euh...Qui regarde ce qui se passe avec un regard... [→ CN2- ; A11 ; CI2 ; → E22]. Déjà, y'a un problème avant qu'elle arrive [CI2]. La situation n'est pas forcément problématique mais elle, elle s'attend à voir un problème [A32 ; B23 ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique de la planche renvoyant à une figure maternelle qui regarde et pénètre semble reconnue par Eléonore dans la mesure où elle tente de mettre à distance l'identification de la figure maternelle. L'insistance sur le regard laisse entendre une représentation plus persécutrice. Le récit est marqué par l'inhibition qui empêche toute conflictualisation.*

Planche 6GF : Elle est surprise, il la surprend. Elle travaillait... elle était en train de travailler et euh...et lui il arrive derrière et la surprend.

Procédés du discours : Elle est surprise [CI2 ; B31], il la surprend [CI2 ; B31]. Elle travaillait... elle était en train de travailler et euh...et lui il arrive derrière et la surprend [CI2 ; A31 ; A11 ; B24 ; B31].

Problématique de la planche : *Le récit est marqué par la mise en avant des affects au service du refoulement des représentations qui témoigne du refoulement de représentations chargées d'un fort investissement libidinal et frappées d'interdit. Eléonore s'interdit l'accès au fantasme de désir et de séduction en investissant et utilisant l'affect comme écran. Le récit s'enlise avec le remâchage. Le fantasme de séduction est ainsi mis à distance par ces défenses labiles (hystériques) et rigides.*

Planche 7GF : Ah, y'a un enfant là. C'est un bébé? Mais il a l'air jeune! Ah donc ce serait une gouvernante qui raconterait une histoire. Je sais pas. C'est la tenue qui me fait penser. Alors si ça ça m'interroge beaucoup parce que je la trouve beaucoup trop jeune et habillée en petite fille pour avoir un enfant mais j'ai pas l'impression que c'est l'enfant de cette dame parce que je la trouve beaucoup trop vieille, beaucoup trop en retrait pour que ce soit la mère. Elle regarde vraiment avec de la distance comme si c'était une gouvernante. J'ai du mal à faire les liens là. Je...

Procédés du discours : Ah, y'a un enfant là [A11]. C'est un bébé ? Mais il a l'air jeune ! [B21 ; E13]. Ah donc ce serait une gouvernante qui raconterait une histoire. Je sais pas, c'est la tenue qui me fait penser [A34 ; A11 ; CN2+]. Alors si ça ça m'interroge beaucoup parce que je la trouve beaucoup trop jeune et habillée en petite fille pour avoir un enfant [A34 ; B21 ; E31 ; CI2 ; CN2-] mais j'ai pas l'impression [A24 ; B23 ; A31] que c'est l'enfant de cette dame [E31 – confusion des identités (l'enfant) ; CI2] parce que je la trouve beaucoup trop vieille, beaucoup

trop en retrait pour que ce soir la mère [CN2- ; CM1-]. Elle regarde vraiment avec de la distance comme si c'était une gouvernante [A11 ; CM1-]. J'ai du mal à faire les liens là. Je... [CI1].

Problématique de la planche : *Face au rapproché mère-fille, l'isolement entre les personnages n'empêche pas une confusion des identités. Les mécanismes de défense utilisés, essentiellement la référence à la réalité externe et les défenses narcissiques apparaissent ainsi très coûteuses pour Eléonore.*

La problématique de la planche ne permet pas à Eléonore de conflictualiser. Il apparaît une identification impossible de la petite fille à la mère et donc l'impossibilité d'accéder à la place de mère. Eléonore ne lui reconnaît d'ailleurs pas sa place de mère. La figure maternelle apparaît dévalorisée et non étayante. L'on note ainsi une certaine rivalité autour de la maternité et une difficulté à identifier la place de chacun (confusion des identités). Cette planche semble réactualiser chez Eléonore l'ambivalence dans la relation mère-enfant en termes de proximité et de rejet et l'angoisse d'abandon sous-jacente.

Planche 9 GF : (3 sec) Là c'est deux femmes... Je sais pas trop comment... J'arrive pas à voir comment... Enfin j'arrive pas trop à voir. A part que... 'fin elles sont à la plage et elle ont des jeux et des affaires pour aller s'installer et là elles sont en train de chercher un endroit où... Je pense que c'est la mer et ouais les familles.

Procédés du discours : (3 sec) Là c'est deux femmes... [A11]. Je sais pas trop comment... J'arrive pas à voir comment... Enfin j'arrive pas trop à voir [CI1 ; CL2]. A part que... 'fin elles sont à la plage et elle ont des jeux et des affaires pour aller s'installer [A12 ; CF1 ; CI2 – banalisation]. Et là elles sont en train de chercher un endroit où... [CF1 ; CI2]. Je pense que c'est la mer et ouais les familles [A31 ; CF1 ; CI2 ; E ; CM].

Problématique de la planche : *La problématique de la rivalité féminine ne peut être traitée et conflictualisée par Eléonore. L'évitement du conflit psychique est, en effet, massif par le surinvestissement de la réalité externe et l'inhibition. Il apparaît que la rivalité féminine vient réactiver une agressivité plus violente où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa perte. La rivalité semble identifiée à travers le symbolisme transparent « la mer », que l'on entend comme la mère ». Cela est mis en exergue par le vacillement des limites entre dedans et dehors lors de la confrontation à la planche qui vient traduire une défaillance de l'objet interne*

et la dépendance à l'objet externe. La problématique de perte d'objet est visible également à travers le scénario clairement maniaque.

Planche 10 : Alors c'est un homme et un homme aussi. Deux hommes. Un plus âgé. (4 sec) Deux hommes. Et y'a pas de lien de famille pour moi entre eux. *Ça serait quoi leur lien alors?* Bah j'arrive pas à... peut-être deux amis. Je sais pas. Elle me parle pas cette photo.

Procédés du discours : Alors c'est un homme et un homme aussi. Deux hommes. Un plus âgé. (4 sec) Deux hommes [A11]. Et y'a pas de lien de famille pour moi entre eux [A23]. *Ça serait quoi leur lien alors?* Bah j'arrive pas à... peut-être deux amis [CI1 ; A31 ; B11]. Je sais pas. Elle me parle pas cette photo. [CI1].

Problématique de la planche : *L'activation d'une problématique homosexuelle et probablement surtout incestueuse entrave toute possibilité d'élaboration d'un récit.*

Planche 11 : C'est quoi? Alors ça c'est quoi ? Alors moi je vois que des gros cailloux. Là je vois une grotte avec la queue d'un dragon. Ah non c'est peut-être la tête. Je vois un dragon là et là je vois un chemin et là c'est une cascade et là il y a quelque chose dedans, je vois des petites têtes d'éléphants mais c'est pas... les proportions sont pas... Je sais pas! (rire)

Procédés du discours : C'est quoi ? Alors ça c'est quoi ? [B21 car se parle plus à elle-même]. Alors moi je vois que des gros cailloux [A11]. Là je vois une grotte avec la queue d'un dragon. Ah non c'est peut-être la tête [A11 ; A31]. Je vois un dragon là et là je vois un chemin et là c'est une cascade [A11] et là il y a quelque chose dedans [CI2]. Je vois des petites têtes d'éléphants mais c'est pas... les proportions sont pas... [E13 ; E33]. Je sais pas ! (rire) [CI1 ; CM3].

Problématique de la planche : *La centration sur la réalité externe permet dans un premier temps à Eléonore d'éviter la désorganisation liée à la régression induite par la confrontation aux problématiques prégénitales et à l'imgo maternelle archaïque. Néanmoins, ces défenses apparaissent trop coûteuses pour Eléonore puisque l'on repère des déformations de la réalité perceptive qui traduisent la massivité de la projection.*

Planche 13B : Ça c'est un petit garçon. Donc c'est dans une ferme, il y a ... ça c'est un bâtiment et en fait lui il regarde... Bah voilà, il a rien à faire en fait et il regarde les adultes... enfin ce qui se passe quoi. Il traîne quoi!

Procédés du discours : Ça c'est un petit garçon [A11]. Donc c'est dans une ferme. Il y a ... ça c'est un bâtiment [CF1 ; A12]. Et en fait lui il regarde... Bah voilà, il a rien à faire en fait et il regarde les adultes... enfin ce qui se passe quoi. Il traîne quoi ! [A31 ; A11 ; B12 ; A34 (isolation représentation – affect (ennui) ; CI2 – banalisation ++)]

Problématique de la planche : *La problématique de la planche qui renvoie à la solitude semble être bien reconnue par Eléonore. L'isolation entre représentation et affect ne permet cependant pas de mettre en lien représentation de perte et affect dépressif. Par ailleurs, Eléonore introduit des personnages non figurants sur l'image qui représentent une défense contre la solitude et l'angoisse de perte d'objet. Celle-ci ne peut donc être élaborée et Eléonore s'en défend. La verbalisation concernant le « bâtiment » vient mettre en évidence des défaillances de l'objet primaire et de l'objet interne.*

Planche 13MF : (4 sec) Voilà, c'est un homme qui se lève alors que sa femme est encore couchée, lui il vient de s'habiller et il va travailler, il est fatigué, il fait ça (*Elle reproduit le geste de l'homme sur l'image*). (rire).

Procédés du discours : (4 sec) Voilà, c'est un homme qui se lève alors que sa femme est encore couchée, lui il vient de s'habiller et il va travailler, il est fatigué, il fait ça (*Elle reproduit le geste de l'homme sur l'image*). (rire). [CF1 ; CM3].

Problématique de la planche : *Le conflit lié à la sexualité et à l'agressivité dans le couple est éludé, voir dénié. Celui-ci est contre-investi par le surinvestissement de la réalité externe, le factuel. Le recours à la sphère motrice rendrait compte d'une décharge de tension interne non mentalisable pour Eléonore face à la problématique en jeu et aux mécanismes de défense coûteux.*

Planche 19 : (14 sec) Alors...on a du mal à voir quelque chose là... Là je vois une tête d'un loup, les yeux, des seins. Ca, ça fait comme des roues ou des fenêtres. Là comme une cheminée...comme du feu mais c'est pas du feu... Je... J'ai du mal à voir euh...parce que j'ai

des débuts de représentation mais je, j'ai pas, j'arrive pas à trouver la suite de... *Qu'est-ce que ça pourrait être du coup? Qu'est-ce qu'il pourrait se passer?* Alors, ça pourrait être donc de la neige. Sous la neige en fait y'a une maison où on voit les fenêtres, la cheminée et là, ça c'est... ça colle pas au dessin en fait, ce serait un...loup ou une bête... concrètement...on voit les yeux...

Procédés du discours : (14 sec) Alors...on a du mal à voir quelque chose là... [CI1 ; CL2] Là je vois une tête d'un loup, les yeux, des seins [E22 ; E13]. Ça, ça fait comme des roues ou des fenêtres [A11 ; A31 - hésitation]. Là comme une cheminée, comme du feu mais c'est pas du feu... [A11 ; CL2 ; A32]. Je... J'ai du mal à voir euh...parce que j'ai des débuts de représentation mais je, j'ai pas, j'arrive pas à trouver la suite de... [CL2 ; A22 ; CI1] *Qu'est-ce que ça pourrait être du coup? Qu'est-ce qu'il pourrait se passer?* Alors, ça pourrait être donc de la neige [A11]. Sous la neige [CN4] en fait y'a une maison où on voit les fenêtres, la cheminée [A11]. Et là, ça c'est... ça colle pas au dessin en fait, ce serait un...loup ou une bête... concrètement...on voit les yeux... [A31 précaution verbale + hésitation ; E13 ; E22 ; E22].

Problématique de la planche : *La problématique régressive de la planche vient solliciter des défenses d'évitement du conflit qui ne sont pas suffisamment opérantes pour empêcher une désorganisation par l'émergence des processus primaires et notamment une fausse perception. Celle-ci traduit la désorganisation sous le poids de problématiques archaïques qui s'avèrent clairement persécutives. Eléonore peut se réorganiser en s'appuyant sur des procédés plus rigides mais la massivité des fantasmes et de l'angoisse sous-jacente empêche toute possibilité d'élaboration d'un récit. L'étayage de la clinicienne lui permet cependant de se reprendre. Apparaît alors à minima des capacités de différenciation entre dedans et dehors. Néanmoins, l'extérieur apparaît persécuteur.*

Planche 16 : (rire) C'est... Je vois...Nan nan c'est... [*Corentin pleure bruyamment dans les bras de son oncle dans la pièce à côté. Ils viennent de rentrer de la promenade et son oncle prépare le biberon*]. C'est l'histoire d'un petit bébé qui a faim et qui pleure et qui attendait sa maman. C'est elle qui va le, lui permettre d'être serein pour aller, pour manger.

Procédés du discours : (rire) C'est... Je vois...Nan nan c'est... [*Corentin pleure bruyamment dans les bras de son oncle dans la pièce à côté. Ils viennent de rentrer de la promenade et son oncle prépare le biberon*]. C'est l'histoire d'un petit bébé qui a faim et qui pleure et qui attendait

sa maman. C'est elle qui va le, lui permettre d'être serein pour aller, pour manger. [CM3 ; CI1 ; B22 ; CM1+ ; B11 ; CM1+ ; CN2+]

***Problématique de la planche :** Eléonore s'appuie sur la réalité externe et de son ressenti de mère de son bébé en détresse pour élaborer un récit où la figure maternelle apparaît être un support d'étayage et de contenance au bébé dans la détresse.*

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 ++	E11 +
A12 +	B12 +	CF2	E12
A13	B13 +		E13 +
A14	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21	B21 ++	CI3	E21
A22 +	B22 +		E22 +
A23 +	B23 ++	CN – Investissement narcissique	E23 +
A24 +	B24 +	CN1	
		CN2 ++	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3	E31 +
A31 +++	B31 +	CN4 +	E32
A32 +	B32 +	CN5	E33 +
A33	B33 +		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1	E41 +
		CL2 ++	E42
		CL3	E43
		CL4	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 +	
		CM2	
		CM3 +	

2.1.5. Analyse du protocole du TAT d'Eléonore

2.1.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole du TAT d'Eléonore est riche avec la totalité des types de procédés du discours représentés. L'on note ainsi des procédés de la série rigide. La description de la réalité externe est très représentée et sert de cadre au récit qui ne peut cependant pas toujours s'élaborer ni se conflictualiser. L'on note néanmoins la présence d'une conflictualisation intrapsychique à la planche 1 et aux planches 4 et 5 sur un mode plus dramatisé. La conflictualisation apparaît donc évitée dans l'ensemble du protocole. Dans la série rigide, l'on note justement des procédés de type obsessionnel comme défense contre le conflit psychique et la relation qui pourrait le sous-tendre (dénégation planche 10, isolation entre personnages planche 7GF et isolation entre représentation et affect planche 13B). Le doute à travers les précautions verbales et les hésitations entre représentations est également très présent sur l'ensemble du protocole.

En termes de défenses labiles, l'investissement de la relation est présent de même que des relations érotisées, uniquement à la planche 4. La dramatisation est également présente à travers des commentaires personnels, des affects forts sur une valence dépressive (planche 1), et des représentations contrastées). Enfin, l'on note également des procédés de type hystérique autre que l'érotisation des relations. Il s'agit de la mise en avant des affects au service du refoulement des représentations qui témoigne du refoulement de représentations chargées d'un fort investissement libidinal et frappées d'interdit à la planche 6GF.

Les procédés rendant compte de l'évitement du conflit dominant néanmoins l'ensemble du protocole. Le surinvestissement de la réalité externe rend compte d'un évitement massif du conflit et des fantasmes aux planches 2, 3, 9GF, 13B et 13MF. Cela semble donc plus concerner les planches qui sollicitent la problématique de rivalité œdipienne et la problématique de perte d'objet signant une élaboration plus difficile voire défailante. L'inhibition est massivement présente associée à l'anonymat des personnages et l'absence de motifs aux conflits potentiels. Les planches renvoyant à la figure maternelle (planches 5 et 7GF) sont marquées par un surinvestissement narcissique traduisant une attaque du narcissisme d'Eléonore dans la confrontation à cette problématique. L'on note également le recours aux procédés antidépressifs maniaques et d'étayage dans le protocole d'Eléonore.

La planche non figurative vient mettre à mal les limites entre monde interne et monde externe d'Eléonore. En effet, cette planche vient désorganiser Eléonore avec des fausses perceptions associées à l'évocation d'un objet menaçant et persécuteur. Cette planche désorganise massivement Eléonore. L'on note également le poids des processus primaires à

travers une importante confusion des identités à la planche 7GF traduisant la massivité de la projection. L'on note également quelques désorganisations du discours transitoires.

2.1.5.2. *Synthèse des problématiques*

Concernant la problématique œdipienne, la triangulation est complètement évitée à la planche 2 à travers le scotome du couple parental. En être exclu pourrait s'avérer trop insupportable pour Eléonore. Il se peut également que cela ait trait à une difficulté de confrontation à la rivalité œdipienne. En effet, celle-ci ne peut être abordée à la planche 9GF qui est plutôt traitée sur un mode antidépressif. Par ailleurs, l'évocation de la « mer » nous laisse entendre celle de la « mère » et donc une reconnaissance de la problématique évitée. La confrontation à la relation hétérosexuelle est en revanche moins problématique pour Eléonore avec la mise en avant des affects au service du refoulement des représentations qui témoigne du refoulement de représentations chargées d'un fort investissement libidinal et frappées d'interdit. L'ambivalence pulsionnelle amour-agressivité est également possible à la planche 4.

La position dépressive n'apparaît pas élaborée chez Eléonore. En effet, la problématique de perte d'objet est massivement évitée par le surinvestissement du factuel à la planche 3. De même à la planche 13MF où ni la perte, ni les pulsions agressives ne peuvent être évoquées. L'agressivité renverrait Eléonore à la destruction et à la perte d'objet d'où l'impossible confrontation à la rivalité œdipienne. Aucun affect ni représentation dépressifs n'émergent non plus à la planche 13B où l'introduction de personnages vient mettre en exergue l'angoisse d'abandon et de perte d'objet. La problématique et l'angoisse de perte d'objet et de perte de l'amour de l'objet transparaissent déjà à la planche 1 où l'impossibilité de jouer du violon renvoie à des affects dépressifs ainsi qu'à des sentiments archaïques d'envie et donc menaçant l'objet de destruction.

La confrontation à l'imaginaire maternelle archaïque à la planche 11 est source de désorganisation perceptive sous le poids des fantasmes sous-jacents. L'imaginaire n'apparaît dès lors pas étayante. Les problématiques archaïques s'avèrent d'ailleurs clairement de l'ordre de la persécution à la planche 19 qui viennent déborder et désorganiser massivement Eléonore. Celle-ci arrive cependant à se reprendre en s'appuyant sur la réalité externe et l'étayage de la clinicienne. Malgré des capacités de différenciation entre dedans et dehors à cette planche, la réponse à la planche 13B met en évidence les défaillances de l'objet primaire et de l'objet interne ainsi que du cadre entre réalité interne et externe. La figure maternelle apparaît par ailleurs dévalorisée et non étayante à la planche 7GF. L'on note également une identification impossible de la petite fille à la mère et donc l'impossibilité d'accéder à la place de mère ainsi

qu'une certaine rivalité face à ce statut entre mère et fille avec une difficulté à identifier la place et le rôle de chacune.

Malgré tout, la planche 16 vient mettre en scène une figure maternelle en tant que support d'étayage et de contenance pour son bébé dont la détresse est perçue et identifiée. Cela est plutôt rassurant aux vues du protocole du TAT.

Eléonore s'avère moins à l'aise face au matériel figuratif du TAT avec beaucoup plus d'inhibition que face au matériel plus projectif du Rorschach.

2.1.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs d'Eléonore

Eléonore parle beaucoup sans que l'on ait besoin de l'étayer ou de poser des questions. Tout est très détaillé et justifié. L'on note la présence de procédés rigide et notamment de l'intellectualisation, la rationalisation et du doute. Les procédés labiles sont également repérés à travers notamment la verbalisation d'affects et la mise en discours moindre. Ces procédés soutiennent la conflictualisation intrapsychique autant qu'interpersonnelle, notamment en ce qui concerne la relation avec sa mère. Le conflit psychique est ainsi très présent dans les entretiens d'Eléonore. L'on repère également le recours à l'inhibition dans un évitement des représentations ou affects plus négatifs associée à l'idéalisation très présente notamment concernant la grossesse ou le bébé (surtout au premier entretien). L'émergence de processus primaires est transitoire à travers des représentations ou affects massifs, particulièrement présente quand il s'agit de l'accouchement, des relations avec sa mère ou du conflit identificatoire (deuxième et troisième entretiens). Ceux-ci ne désorganisent pas la pensée ni le discours.

Le protocole du Rorschach met en évidence l'absence de problématique des limites chez Eléonore. La pensée est investie bien que perturbée par l'imprégnation transitoire des fantasmes. Les affects sont plus difficilement gérés. L'on repère néanmoins l'évitement de la relation et des mouvements pulsionnels de valence plutôt agressive qui peuvent s'avérer plus désorganisant. L'on note également un évitement face à la régression et à l'imgo maternelle ainsi que dans la confrontation à la puissance masculine phallique. Enfin, Eléonore s'avère sensible à la séparation. Cela pourrait néanmoins être lié à l'état de grossesse et à l'approche de l'accouchement, signifiant l'angoisse de perte. Les modalités défensives d'Eléonore dans ce protocole sont riches avec une prévalence des défenses rigides : intellectualisation qui rend

compte du désir de briller intellectuellement associé au désir de « réussir » (investissement phallique), surinvestissement perceptif et précautions verbales qui sont étroitement liées à l'inhibition et à l'évitement (refus, temps de latence long). Le refoulement est également à l'œuvre notamment aux planches identificatoires. L'on note enfin des éléments labiles mais très peu de processus primaires.

Le protocole du TAT rend également compte de la richesse des procédés défensifs d'Eléonore le plus souvent opérants. Les procédés rigides servent plutôt à l'évitement du conflit qui s'avère néanmoins possible soutenu par la dramatisation (mais reste minime). La relation est investie et l'on note des procédés hystériques face à la sollicitation pulsionnelle libidinale. Les problématiques œdipiennes et de perte d'objet s'avèrent en revanche plus difficilement abordées, marquées par l'évitement. La confrontation à la rivalité œdipienne s'avère impossible pouvant renvoyer à l'angoisse de perte. La relation hétérosexuelle est moins menaçante dans ses valences libidinales et agressives. La problématique de perte s'articule entre angoisse de perte d'amour de l'objet et angoisse de perte de l'objet. L'on note ainsi des procédés antidépressifs. La confrontation avec la figure maternelle met au jour une menace narcissique associée à une représentation fusionnelle menaçante.

L'angoisse de castration domine chez Eléonore notamment à travers son besoin de réussir et d'atteindre la perfection dans tous les domaines face à un Idéal du Moi et un Surmoi quasi-persécuteurs. Elle se situe dans une problématique phallique-narcissique et dans une modalité relationnelle de type objectale. Néanmoins, l'on note également, sous-jacente, une problématique de séparation-individuation dans la relation à la mère avec un maintien d'une relation de dépendance malgré qu'Eléonore tente de s'en affranchir, le devenir mère aidant.

La grossesse et la maternité mettent en jeu le conflit identificatoire entre identifications féminines-maternelles et identifications phalliques chez Eléonore. En effet, la grossesse et l'arrivée de ce bébé viennent remettre en cause ses idéaux professionnels, très investis, ses idéaux d'indépendance et ainsi des enjeux narcissiques. La grossesse est également marquée par un besoin de maîtrise exacerbé de la part d'Eléonore. Cela représenterait une défense contre un risque de débordement ou d'effondrement psychique, risque majoré par la fatigue qui vient mettre à mal des défenses secondarisées opérantes. Cette fragilité psychique pourrait être mise en lien avec des antécédents traumatiques d'attouchements par son grand-père maternel qui ont probablement conduit à un empiétement psychique. La prégnance des identifications et investissements phalliques pourraient d'ailleurs être entendus, en partie, comme une défense contre le féminin traumatique en lien avec ces antécédents d'attouchements. La maîtrise

représente une lutte contre la passivité-passivation, potentiellement traumatique.

Malgré ce fonctionnement rigide où le besoin d'anticiper est important face à l'angoisse de l'inconnu, Eléonore fait finalement preuve d'une grande souplesse psychique puisque les remaniements psychiques propres à la grossesse semblent avoir pu s'élaborer progressivement et que le bébé est investi (investissement narcissique-phallique), pensé et reconnu comme un être différencié. Les mouvements fœtaux et les échographies ont favorisés la reconnaissance de cet être en soi, de son altérité et servent de support aux interactions utérines. Eléonore insiste sur la « rencontre » avec un autre qu'elle souhaite « accompagner », introduisant également spontanément son conjoint dans une relation triangulée. L'insistance est également portée sur le désir d'un enfant rapidement indépendant. Cela renvoie à la relation fusionnelle menaçante et de dépendance avec sa mère pendant son enfance et son adolescence. La figure maternelle est ainsi perçue comme engloutissante et intrusive et la grossesse, dans la continuité de la rencontre de son actuel conjoint, vient réactiver le conflit autonomie-dépendance. Le besoin d'autonomie de son fils peut être majoré par les antécédents traumatiques avec le besoin d'une distance à la fois physique et psychique contre une relation fusionnelle menaçante et risquant de la déborder.

L'on repère en effet de nouveau ce désir d'un enfant plus autonome et surtout moins dans la fusion lors des entretiens suivants. Au-delà de la de dépendance à sa mère, cela renverrait à la séduction primaire du début de vie pouvant alimenter des fantasmes d'un rapproché sexuel incestueux chez Eléonore, du fait des antécédents traumatiques. Passiver et être passivée par son bébé apparaît ainsi difficile pour elle. Cela se repère également au niveau de l'allaitement au sein qui est venu, par ailleurs, réactiver des fantasmes archaïques de dévoration et d'un bébé vampirique. L'accouchement est également venu réactiver des éléments traumatiques. La douleur et l'accouchement en lui-même ont représenté une véritable effraction corporelle et psychique pour Eléonore. La rencontre avec son bébé a néanmoins pu avoir lieu quelques jours plus tard, le temps qu'elle puisse se récupérer.

La première année de vie de son fils remet en jeu les problématiques repérées pendant la grossesse, notamment celle ayant trait au conflit identificatoire masculin/féminin-maternel et au conflit entre être-mère et être-femme. La maternité et son bébé viennent ainsi mettre à mal des enjeux narcissiques-phalliques d'Eléonore (idéaux professionnels, d'indépendance, corps déformé) alimentant la haine maternelle mais cela apparaît contre-investi par l'investissement phallique-narcissique de son fils et des gratifications narcissiques au sein des interactions. Eléonore oscille ainsi entre désir de centration sur son bébé en s'adaptant à lui pour

l'accompagner au mieux et le sécuriser au maximum et le fait que cela représente une blessure narcissique pour elle. La centration sur son fils entraîne un sentiment d'aliénation. Le choix de se centrer sur lui pourrait renvoyer à la haine maternelle contre-investie mais également au surmoi exacerbé d'Eléonore qui dicte sa représentation d'une « bonne mère ». Eléonore est en effet très sensible au regard et jugement des autres et de la société. Cela s'articule avec ses idéaux de perfection, massifs. Eléonore est alors en proie à une grande culpabilité de ne pas ressentir de « déchirement » lorsqu'elle laisse son fils pour réinvestir d'autres domaines de sa vie et notamment son travail. Elle s'impose alors de ne se centrer que sur son fils dès qu'elle n'est plus au travail ou qu'elle a du temps pour elle comme compensation ou réparation. Elle ne peut s'autoriser à prendre du plaisir sans son bébé. Cela renforce le sentiment d'aliénation, la haine maternelle et le besoin de pouvoir exister autrement et de pouvoir « prendre l'air ».

Les angoisses de séparation de son fils sont alors sources de représentations négatives puisque cela vient alors remettre en cause son « sacrifice » de centration exclusive sur lui qui s'oppose à ses idéaux narcissiques-phalliques d'indépendance et professionnels. L'angoisse de séparation de Dominique peut faire écho à celle d'Eléonore en lien notamment avec les angoisses mortifères du début de vie de Dominique. L'on peut également les mettre en lien avec la problématique de séparation-dépendance dans la relation à sa mère. Le fait de se centrer sur son fils les huit premiers mois de vie alors que cela entraînait un sentiment d'aliénation et la crainte de perte d'existence pourrait d'ailleurs être en lien avec cette problématique de perte.

Eléonore oscille ainsi entre un surinvestissement de son fils et de son rôle de mère qui doit être parfaite, qui n'a pas le droit à l'erreur et le fait que cela lui pompe toute son énergie et qu'elle doive ainsi se recentrer sur elle-même pour pouvoir se récupérer face au risque de débordement psychique. Cela a un impact sur son couple puisque les temps où le couple se retrouve à deux, sont les seuls temps où elle peut se retrouver elle-même. Le couple est ainsi essentiellement investi dans sa parentalité, plus que dans sa conjugalité. Son conjoint représente par ailleurs un soutien dans son rôle de mère et un relais. Il est également très présent auprès du bébé.

Par ailleurs, nous repérons une difficulté à supporter les mouvements agressifs et l'opposition de la part de son fils avec toujours un besoin de contrôle et de maîtrise. Cela s'articule, selon nous, avec une identification inconsciente de cet enfant garçon à l'agresseur. Elle évoque ainsi par exemple la crainte qu'il soit violent plus tard. Son idéal de perfection est également mis à mal puisque son fils n'est alors pas parfait et qu'elle n'est donc pas non plus une mère parfaite aux yeux de la société et de son surmoi.

Son fils est cependant investi positivement, d'autant plus depuis qu'il est véritablement

dans l'interaction. Ses « retours » sont gratifiants pour Eléonore. Cela rend également compte d'une relation plus différenciée et donc plus confortable. Les comportements de son fils sont toujours source de questionnements et Eléonore adapte en permanence ses réponses pour tenter de faire au mieux. Son évolution et sa personnalité restent investies très positivement. L'important reste pour Eléonore de l'accompagner dans son développement et de le sécuriser de façon à ce qu'il puisse se sentir en confiance à l'avenir. Cela également dans une tentative de réparation ou de différenciation face à son propre vécu.

Les relations avec sa propre mère sont toujours imprégnées de la réactualisation du conflit autonomie-dépendance. Il apparaît difficile pour Eléonore d'arriver à occuper sa place de mère en présence de sa mère et de la dépasser. Elle se sent en permanence remise en question par sa mère. La rivalité œdipienne apparaît ainsi exacerbée. Celle-ci semble également alimenter le sentiment de culpabilité à l'égard de sa mère ainsi que la relation de dépendance dont Eléonore tente de s'affranchir tout en semblant malgré tout la rechercher. Sa mère représente par ailleurs un support d'étayage et un modèle identificatoire pour Eléonore.

Eléonore semble avoir engagé un travail d'élaboration du traumatisme des attouchements bien que des séquelles traumatiques subsistent, manifestées et réactivées lors de l'accouchement ou dans les relations à son fils.

2.2. THEODORA

2.2.1. Analyse clinique des entretiens de recherche de Théodora

2.2.1.1. Analyse clinique de l'entretien n°1 de Théodora

CONTEXTE DE LA PREMIERE RENCONTRE

Théodora est une femme de **34 ans**. Nous la rencontrons à son domicile par l'intermédiaire d'une sage-femme en libéral. Elle est enceinte de huit mois. **Elle ne consomme aucune substance psychoactive** et fait ainsi partie de nos sujets « contrôles ». Elle vit **en couple avec le père de l'enfant qu'elle attend** et dont elle a déjà un **fil de deux ans**. Elle a également **deux enfants (une fille et un garçon) d'une précédente union**.

Théodora est blonde, les cheveux au carré. Elle n'est pas maquillée. Elle porte des vêtements de grossesse amples. Elle est souriante mais assez crispée au début de l'entretien. Son stress est palpable face à un entretien qu'elle semble vivre comme un test dans un premier temps, insistant sur son désir de bien faire, de « bien répondre aux questions », cherchant à savoir ce que nous attendons d'elle. Elle arrivera progressivement à se détendre au cours de l'entretien mais la passation du Rorschach va également être source d'angoisse avec de nouveau ce besoin de bien faire mais également de réussir malgré notre formulation de la consigne du test impliquant qu'il n'y a pas de bonnes réponses.

VECU DE LA GROSSESSE

Désir d'enfant et connaissance de la grossesse

Théodora a déjà trois enfants, deux d'une précédente union, une fille et un garçon, âgés respectivement de 13 et 11 ans, et un fils de presque 2 ans avec son conjoint actuel. Elle attend leur deuxième enfant, un garçon. Elle a une garde partagée classique avec le père des deux aînés. Le premier enfant du couple était « voulu » par les deux mais il n'est pas question de son propre désir en ce qui concerne l'actuelle grossesse : « *Mon ami en voulait un deuxième* ». La grossesse est arrivée rapidement après l'arrêt de la contraception. Des procédés maniaques nous laissent penser que cette grossesse est peut-être arrivée « trop » rapidement. L'on note ainsi de l'ambivalence mais également une certaine passivité face à l'arrivée de cette grossesse. L'annonce a cependant été source d'affects positifs malgré toujours une certaine ambivalence liée notamment au contexte dans lequel s'est déclarée cette grossesse. Ainsi, Théodora évoque, dans un regret, « *l'impression de moins s'investir dans [sa] grossesse* » du fait d'avoir été très prise par son petit dernier et par l'organisation quotidienne. Le conflit psychique entre expressions pulsionnelle et défenses rigides est patent. Ce contexte extérieur a également un

impact sur les projections de Théodora pour l'avenir. La question de l'organisation et de la gestion du quotidien domine ainsi l'ensemble de son discours. L'arrivée de ce bébé entraîne des changements qui sont représentés par une liste de choses à faire (« *reprendre un congé parental, ça s'est fait* »). Cette nouvelle grossesse est alors perçue comme un « poids », un lot de tâches supplémentaires qu'elle assume, semble-t-il, principalement seule. Néanmoins, le fait que l'organisation et la gestion soient centrales dans le quotidien de Théodora, au-delà de son fonctionnement psychique plutôt « rigide », reste indispensable avec quatre enfants à gérer dont un nouveau-né et un petit de deux ans. Ce n'est pas tant la grossesse que l'enfant à venir qui vient perturber un fonctionnement, une organisation familiale qu'elle semble seule à gérer. L'arrivée de ce bébé vient également remettre en cause les idéaux professionnels et d'indépendance de Théodora. Cela représente une autre source d'ambivalence. L'élaboration de la haine maternelle passe par la rationalisation, la minimisation des éléments plus négatifs en référence à ses précédentes expériences de grossesse et l'accentuation des éléments positifs. L'enfant à naître, plus que la grossesse, fait ainsi l'objet de représentations positives.

Les mouvements fœtaux et les échographies comme support de la rencontre avec le fœtus

Les premiers mouvements fœtaux ont été ressentis autour du quatrième mois. Ceux-ci, ainsi que la première échographie où Théodora a entendu battre le cœur de son bébé, ont favorisé la prise de conscience de l'existence d'un autre en elle et de l'arrivée prochaine de ce bébé dans sa vie qui est ainsi devenue concrète. Les mouvements fœtaux participent à la différenciation du fœtus reconnu comme un être d'altérité par les deux parents. Ils renvoient également à la « sensation d'inquiétante étrangeté » (Bydlowski, 2000) bien qu'associés à des affects positifs de la part de Théodora : « *bah en même temps je suis contente, j'aime bien.* ». L'échographie représente pour Théodora une première rencontre avec son bébé et un support de développement des représentations et des fantasmes le concernant. Elle verbalise alors sa déception que son gynécologue « *soit un peu rapide* » pour les échographies et peu attentif à ses désirs. Cela peut également la renvoyer à un manque de considération envers son futur enfant qui existe déjà en tant que tel pour elle. Elle a pu se sentir dépossédée de sa rêverie. Cela alimente également un sentiment d'abandon et de solitude dont découle une demande de soutien adressée aux professionnels et probablement surtout à son conjoint : « *mais bon j'aime bien qu'on prenne soin de moi aussi (rire).* ». Ces sentiments sont régulièrement repérés chez des femmes enceintes qui attendent leur second enfant (ou plus) dans notre clinique en maternité et ont également été observés par nombre d'auteurs (Riazuelo, 2004).

Théodora évoque également des rêves « bizarres », notamment un à propos de l'accouchement où elle avait « *décidé qu'[elle] ne pousserait pas et qu'[elle] ne voulait pas pousser. (...) « Non non non ! J'accoucherai pas. J'ai pas envie. » »*. Cela traduit la défense contre la passivité et le besoin de maîtrise. Le besoin de contrôle apparaît d'ailleurs prépondérant chez Théodora notamment à travers la question de la gestion et l'organisation du quotidien. Cela peut également signifier une angoisse de perte et de séparation, notamment dans la mesure où le fait d'avoir un autre en soi est quelque chose qu'elle apprécie.

Représentations et investissement de l'enfant

Théodora sait qu'elle attend un petit garçon. Il s'agit d'ailleurs d'une « *bourde du gynécologue* » puisque le couple ne souhaitait pas connaître le sexe de l'enfant. Elle ajoute qu'elle est « *déçue (rire). Je suis déçue par rapport au sexe, par rapport au fait de savoir avant la naissance* ». Ce début de phrase, un lapsus, n'en est pas moins lourd de sens. Théodora ajoute à notre intention : « *Vous êtes la seule à qui je le dis hein (rire). Donc bon Y'aura pas de ... (rire)* ». Mais elle ne nous dit pas sur le moment qu'il s'agit d'un garçon, ce n'est qu'en fin d'entretien que nous l'apprendrons. Cela traduit une forme d'agressivité à notre égard, nous qui venons questionner cette intimité de la grossesse comme le gynécologue et l'échographie sont venus questionner, regarder, briser le secret de son intérieur et le secret sur le sexe du bébé (érotisation) dans quelque chose d'intrusif.

Théodora interprète et attribue des caractéristiques à son bébé qui est ainsi pensé. Elle verbalise peu de fantaisies concernant le caractère et le physique de son fils. Ses craintes ou désirs sont plutôt centrés sur le bébé en tant que tel : le sommeil, l'alimentation, les régurgitations, les pleurs, « *tout ça, ces petites choses-là de début de vie quoi* ». Cela relève donc plutôt du « faire » que de l'imagination et des fantaisies. C'est encore l'organisationnel qui prime. Néanmoins, des auteurs comme Riazuelo (2004) notaient que la plupart des femmes enceintes d'un deuxième enfant ou plus communiquaient moins avec leur bébé, qui était, par ailleurs, investi beaucoup plus tard que le premier enfant. Ces femmes auraient moins besoin d'anticiper ce nouvel enfant à venir qui serait également moins porteur de « l'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919).

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MÈRE

Concernant ses propres représentations en tant que mère, Théodora apparaît, à travers son discours, attentive et à l'écoute de ses enfants à qui elle reconnaît une individualité. Elle

cherche à les comprendre tout en respectant une part de leur jardin secret. Elle identifie également certains traits de caractère de ses enfants aux siens lorsqu'elle était elle-même enfant.

L'arrivée d'un puîné dans la famille et la réactivation des conflits infantiles maternels

Par ailleurs, elle évoque, dans son rôle de mère, « *se poser moins de questions sur certaines choses* » et « *à contrario* » s'en poser plus sur d'autres comme l'alimentation : « *je suis beaucoup plus attentive que pour les premiers.* ». Elle évoque également de grands changements concernant le sommeil et surtout sa capacité à les laisser « *tout seul dans leur lit* » : « *J'ai eu l'impression que là-dessus je m'angoissais toute seule, de les laisser tout seul dans leur lit. Et là au troisième je me suis pas plus angoissée que ça alors là j'espère que pour le prochain ce sera pareil mais du coup euh niveau sommeil ça passe assez bien. Parce que j'me suis dit : « Bah il pleure, il pleure un petit coup si besoin je reviendrais mais je vais le laisser pleurer un petit peu. »* ». Elle fait le lien entre ses propres angoisses de laisser pleurer ses aînés et les troubles du sommeil qui ont perduré lorsqu'ils étaient plus âgés, à contrario de son dernier pour qui « *au niveau sommeil, c'est plus cool* » dans la mesure où elle-même éprouve moins d'angoisse. Ses premiers enfants sont sans doute venus réactualiser certains vécus infantiles de séparation et d'abandon d'où la difficulté à les laisser pleurer, seuls dans leur lit. L'on peut ainsi penser que certaines problématiques ont pu s'élaborer au fil des grossesses. Elle s'appuie également sur son expérience avec ses aînés pour adapter ses comportements avec le plus jeune.

Les inquiétudes de Théodora se centrent plutôt justement sur le petit dernier de presque deux ans et ses réactions face à l'arrivée de ce nouveau bébé. Nous repérons une angoisse d'imposer trop de changements à son fils : être moins présente physiquement (elle ne peut plus le porter du fait de la grossesse), le changement de lit (passage du lit de bébé au lit enfant pour récupérer le lit du bébé qui sera dans la chambre des parents pour l'enfant à naître) ainsi que l'apprentissage de la propreté au même moment que la naissance de son petit frère : « *je suis sensée travailler un peu dessus mais c'est pas évident et puis je me dis avec la naissance de toute façon il y a toujours ... Et moi j'aurai pas le temps de tout faire, de lui... je sais pas s'il va bien le vivre non plus heu...* ». La peur d'imposer trop de choses à son fils peut également renvoyer à une angoisse d'abandon, à la peur que son troisième se sente laissé de côté.

Cela semble en effet venir réactiver les problématiques infantiles de Théodora, deuxième enfant d'une fratrie de quatre. Elle ajoute ainsi que « *c'est pas toujours facile d'être entre deux dans la fratrie. [Vous êtes entre les deux ?] (Rire) [Et ça a n'a donc pas été ...] C'est pas toujours... Je vois, mon frère qu'a été entre deux aussi, 'fin voilà on est deux à être entre*

deux, c'est pas toujours évident de se placer ». Théodora est dans la nécessité de s'appuyer sur le vécu de son frère pour évoquer le sien. Par ailleurs, notre question était au passé et elle nous a répondu au présent. Cela nous laisse penser que cette difficulté à trouver sa place dans la famille est toujours d'actualité. Les femmes enceintes d'un deuxième enfant ou plus seraient d'ailleurs plus confrontées à la rivalité fraternelle en lien avec les angoisses concernant la réaction et les ressentis de leur(s) aîné(s) face à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur (Riazuelo, 2004). La grossesse vient en effet réactiver les conflits relatifs à la place de Théodora dans sa famille. Cela relève d'une régression et d'une résurgence des conflits infantiles en lien avec la grossesse mais nous nous demandons si ces conflits ne sont pas également présents en dehors des grossesses. Cela traduirait une certaine difficulté à élaborer les conflits infantiles et l'existence d'une dépendance encore présente vis-à-vis des figures parentales et notamment de la mère. Nous repérons notamment une attente de reconnaissance de Théodora par sa mère, particulièrement face à sa sœur aînée.

RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES ET LA FRATRIE

La rivalité fraternelle exacerbée : entre problématiques œdipienne et narcissique

Les relations avec sa mère et sa sœur occupent ainsi presque la moitié du premier entretien. Sa sœur est son aînée de deux ans et attend son deuxième enfant en même temps que Théodora (la date de l'accouchement est prévue à deux jours d'écart). La rivalité fraternelle domine le discours.

Ainsi, lorsque Théodora évoque son enfance, il est surtout question des différences par rapport à sa sœur à qui « *on donnait beaucoup de responsabilités* » et qui « *est beaucoup dans la réussite. Alors que moi je suis, j'étais plutôt dans l'affectif.* » Elle ajoute qu'elle n'avait « *pas plus envie que ça* » de prendre des responsabilités quand il a fallu qu'elle en prenne lorsqu'elle était plus âgée parce que « *je voulais pas me mettre en compétition tout le temps non plus, fin entre guillemets dans une compétition de... avec ma sœur* ». La dénégation signifie au contraire cette rivalité et le sentiment d'envie à l'égard de sa sœur. Il est possible également qu'elle n'ait pas pu ou voulu investir les responsabilités par peur de faire « moins bien » que sa sœur qui « *faisait tout bien* », aux yeux de ses parents et à ses yeux, risquant une blessure narcissique encore plus importante. Par ailleurs, l'investissement du domaine des affects et le refus des responsabilités nous renvoie au désir de rester dans l'infantile, de rester une petite fille. Les enjeux de cette rivalité fraternelle se jouent aujourd'hui massivement autour de la maternité, seul domaine où Théodora a *fait mieux* que sa sœur avec quatre enfants qu'elle a eu avant sa sœur aînée : « *c'est moi qui ai eu les premiers euh...* » alors que sa sœur « *a toujours tout fait*

en première donc euh... mais là voilà. Là-dessus.... ». Néanmoins, Théodora apparaît en besoin de justifier cela face au jugement qu'elle attribue à sa mère. Il nous semble que Théodora est ainsi toujours dans l'attente d'une place, d'une reconnaissance que lui donnerait sa mère, la même que sa sœur peut-être qui est alors l'objet d'envie et d'agressivité.

Théodora a encore le sentiment aujourd'hui que sa sœur est, et a toujours été, « privilégiée » par ses parents contrairement à elle, qu'ils ont fait des « préférences » entre leurs enfants. Au-delà des « réflexions » que ses parents peuvent lui faire : « moi ils hésitent pas », « et qu'ils n'osent pas faire à ma sœur sur quoi que ce soit », des privilèges financiers et en termes de responsabilités, c'est un vécu d'injustice et une demande de reconnaissance qui dominant. Malgré l'isolation des affects et l'inhibition, les projections sont massives, associées à des affects latents de jalousie, d'envie et d'agressivité. Le discours en est désorganisé avec des confusions entre présent et passé autour des thématiques de la maternité, de son enfance, de la relation avec ses parents, toujours dans la comparaison avec sa sœur. Cela vient masquer un vécu dépressif. L'on fait alors le lien avec les angoisses d'abandon et de rejet projetées sur son fils de deux ans, qui occupe la place du « milieu » dans la fratrie, comme elle-même dans sa propre fratrie. Elle identifie son fils de deux ans à son frère et à elle-même enfant. Les angoisses de séparation manifestées autour du sommeil et des pleurs chez ses deux aînés pourraient également renvoyer à ce vécu d'abandon. Ce sentiment peut être mis en lien avec la culpabilité et le regret de ne pas pouvoir autant d'investir dans cette grossesse que pour les autres où elle disposait de plus de temps pour elle et pour sa grossesse.

Au-delà de cette demande de reconnaissance de la part de sa mère et cette problématique narcissique, l'on repère une problématique plus œdipienne. Avoir un enfant renverrait à un « trophée », à la puissance phallique et donc au phallus, ce qui met en évidence l'angoisse de castration sous-jacente. Il s'agit également d'être à la place de sa mère. Il y a ainsi une problématique de manque à être face à sa sœur qui pourrait être plus archaïque et, par la suite, articulée au complexe de castration. La problématique œdipienne semble ainsi s'être déplacée sur la relation avec sa sœur, ce qui permettrait de ne pas attaquer la figure maternelle. L'on note d'ailleurs une confusion des identités entre sœur et mère qui est dès lors introduite dans son discours.

Rivalité œdipienne, identification et séparation avec sa mère

La relation à sa mère reste teintée d'ambivalence : « *Je pense qu'elle essaye d'être la meilleure maman du monde. Elle est aussi très présente, c'est quelqu'un qui essaie je pense de faire au mieux. Mais du coup, après, ça reste une maman* ». La représentation liée au fait d'être

mère est massivement négative. Cela implique-t-il une représentation négative d'elle-même en tant que mère ? Ou bien est-ce au sens où sa mère occupe encore trop sa place de mère auprès de Théodora, ne lui laissant pas sa place d'adulte, de femme et de mère, prenant plus la place de mère que de grand-mère auprès de ses petits enfants ? La rivalité face à la figure maternelle est massivement présente et semble se jouer, comme avec sa sœur, sur le plan de la maternité. Le second enfant et les suivants renverraient à un versant plus agressif que libidinal de l'Œdipe. La rivalité œdipienne vis-à-vis de la mère serait ainsi exacerbée et au premier plan (Riazuelo, 2004). Être mère pour Théodora a pu être un moyen de se séparer de sa mère. En effet, il apparaît que c'est en tant que mère qu'elle a pu s'affirmer, poser des limites et probablement aussi se détacher, se séparer. Avoir autant d'enfants que sa mère est une façon à la fois de s'y identifier, d'être comme elle mais aussi de la dépasser. Théodora évoque en effet sa difficulté à « *trouver sa place* » (en tant que mère ?) et à « *lui laisser sa place [à sa propre mère]* » : « *Mais effectivement c'est entre l'éducatif et le côté « J'suis la grand-mère » et du coup je me disais quand même c'était libérateur, de ne pas être la maman des petits-enfants.* » Le discours est confus, flou, signifiant l'émergence massive de processus primaires. L'on repère la représentation d'une imago maternelle phallique toute-puissante qui ne peut accepter que sa fille rivalise avec elle. Était-ce libérateur pour elle que sa mère ne soit pas la mère de ses enfants ? Cela lui a-t-il permis d'asseoir sa place de mère ? Cela traduit-il le fantasme archaïque inconscient de donner un enfant à la mère ou de lui faire un enfant ? Elle évoque également le fait que sa mère lui donne des « *conseils* » finalement perçus comme des « *obligations* » par Théodora. Sa mère outrepassé ainsi sa place de grand-mère et ne respecte pas la place de mère de sa fille. De nouveau, se pose la question des places de chacun dans la famille et de la difficulté pour Théodora de trouver et d'asseoir sa place dans cette famille. Malgré tout, le fait d'avoir bientôt quatre enfants est une façon de « dépasser » sa sœur et de faire « aussi bien » que sa propre mère. Elle introduit également la question de la lignée maternelle : « *Ça me fait sourire parce que en fait elle reproche à sa mère des choses, que moi j'ai l'impression de vivre avec elle en fait.* »

Malgré cette représentation négative de sa mère, Théodora est également en capacité de s'y identifier sur certains points qu'elle souhaite et tente de reproduire avec ses enfants : « *C'est à moi de les rendre le plus responsables possible pour mieux affronter la vie et faire, voilà. Et j pense que c'est ce que j'ai appris d'eux aussi. Pour arriver à s'affirmer en tant que personne. Mais c'est pas si facile (rire).* ». Il apparaît finalement que c'est en devenant mère que Théodora a pu s'affirmer. Par ailleurs, c'est par une représentation plus négative que Théodora termine son discours sur sa mère : « *Même si, même si, ça reste ma maman et du coup y'a toujours...*

Fin une maman c'est comme, fin j'dirais c'est comme les frères et sœurs. On les aime beaucoup mais y'a des choses que je vais entendre de quelqu'un qui va pas me choquer, alors que si c'est ma mère ou si c'est ma sœur qui va me le dire, ça va me frustrer et ça va m'énerver. Parce que, on a un passif avec. Et des choses qui restent là. De l'enfance et de la... De la vie qu'on a vécue quoi, je pense. Et effectivement de la, de la place qu'on met à la personne. Voilà. » L'on repère de nouveau les mêmes problématiques en jeu par rapport à sa mère et à sa sœur. L'inhibition masque sans aucun doute des événements douloureux et une souffrance toujours actuelle chez Théodora, et probablement réactualisée à l'occasion de cette quatrième grossesse. Il nous semble que s'articulent une problématique de rivalité œdipienne et une problématique plus archaïque, narcissique. (Angel, 2004 ; Metz & Thévenot, 2007).

Théodora se décrit comme « *assez proche* » de son père qui a été très investi dans sa première grossesse : « *Euh, en fait il était très très content. J'ai fait le dernier mois de ma première grossesse chez eux parce qu'en fait j'étais en région parisienne et c'était un peu compliqué. (...) Et en fait euh le dernier, tous les jours il mettait la main sur mon ventre et il venait parler au bébé.* ». Cela nous renvoie de nouveau à la problématique œdipienne (désir d'un enfant du père) pouvant représenter une des sources de la rivalité avec sa sœur et sa mère. Elle ajoute d'ailleurs : « *C'est bon, ben, après, moi, c'est vrai que dans la famille, l'arrivée d'un enfant, j'l'ai dit à ma grand-mère, j'l'ai dit à ma mère, ils ont tous sauté de joie.* » La confusion entre passé et actuel est de nouveau au premier plan. Par ailleurs, l'on repère également la confusion des identités (grand-mère et mère = « elles » et non « ils »). La maternité semble particulièrement valorisée et valorisante dans la lignée maternelle. La confusion des genres pourrait également traduire le fantasme œdipien.

PERE DU BEBE ET COUPLE PARENTAL

Son conjoint est « *très content* » de cette nouvelle grossesse. Nous ne pouvons nous empêcher de souligner la nuance entre elle et son conjoint au niveau de l'intensité des affects exprimés à l'annonce de la grossesse. Cela laisse de nouveau entendre que cette grossesse était plus désirée par lui que par elle. Son conjoint est décrit comme plus attentif et plus prévenant envers elle pour cette grossesse mais semble ne pas l'être suffisamment aux yeux de Théodora, notamment en ce qui concerne le soutien et le relais dans la gestion du quotidien. Théodora rationalise malgré tout pour mettre à distance ces reproches à l'égard de son conjoint. Par ailleurs, ce dernier est investi dans la grossesse puisqu'il « *parle au bébé* », tente de sentir ses mouvements ou partage un moment à trois le soir au coucher.

2.2.1.2. Analyse clinique des entretiens n°2 et n°3 de Théodora

CONTEXTE DE LA SECONDE RENCONTRE

Nous rencontrons Théodora pour le second entretien à son domicile. **Son fils**, que nous appellerons **Corentin** est alors âgé de quatre mois. Théodora nous reçoit dans son salon, comme lors du premier entretien. Elle est habillée avec des vêtements assez amples qui cachent ses formes, elle n'est pas maquillée mais a changé de coiffure. Ses cheveux sont plus courts que lors de notre première rencontre. Elle est souriante et se prête avec moins d'angoisse et plus de plaisir à ce second entretien. Le fait d'avoir déjà expérimenté un premier entretien et de nous avoir déjà rencontrée facilite la relation et la fluidité du discours. L'angoisse reste cependant présente en début de passation du test du TAT. Néanmoins, c'est aussi le moment où Corentin se réveille. Il sera donc sur ses genoux et va beaucoup pleurer durant la passation. Théodora va donc être détournée du test ce qui aura pour effet de diminuer l'angoisse. Théodora raconte les histoires à son fils, il représente ainsi un objet de médiation face au test. Cette situation peut néanmoins représenter un biais dans l'analyse des réponses du TAT dont certaines semblent adressées à Corentin. Corentin est par ailleurs un bébé qui observe son environnement, vocalise et gigote beaucoup sur les genoux de sa mère. C'est un bébé éveillé.

CONTEXTE DE LA TROISIEME RENCONTRE

Nous retrouvons Théodora à son domicile pour le dernier entretien. Elle n'a pas changé depuis l'entretien précédent. En revanche, Corentin a bien grandi. Il est à la sieste lorsque nous arrivons mais il se réveillera en cours d'entretien et nous aurons l'occasion de corroborer les observations de sa mère concernant son évolution.

Théodora aura également beaucoup de difficultés à nous laisser partir. Elle va aborder de nombreux sujets de vie sans liens avec la maternité, plutôt dans un besoin de verbaliser des difficultés actuelles et une demande de soutien. Cela renforce notre hypothèse d'une certaine thérapeutique et d'une narcissisation lors de nos interventions bien que le contexte de la recherche ne soit en aucun cas celui d'une demande d'accompagnement psychologique.

L'ACCOUCHEMENT

La grossesse s'est prolongée après terme, ce qui est perçu négativement par Théodora : « *Mais ça se sent hein, les trois jours... (rire). Quand on a une date dans la tête, on a l'impression que c'est une date un peu butoir...* ». Cela relève-t-il d'une déception de ne pas avoir rencontré son bébé à la date prévue ? Ou bien d'une tentative de maîtrise des événements

? Cela pourrait renvoyer à une difficulté à supporter la passivité face à cet accouchement qui ne peut être contrôlé et qui n'a pas lieu au moment imaginé et déterminé par Théodora. Cela pourrait-il également renvoyer à la peur de perdre le bébé ? Elle revient alors avec beaucoup de détails spatio-temporels sur le début du travail, l'arrivée à la maternité et l'attente. Le discours reste dans quelque chose de très descriptif et complètement désaffecté. Ces procédés défensifs s'avèrent insuffisamment opérants puisque le discours se désorganise, révélant une angoisse massive. Il s'agit probablement d'angoisses de mort concernant l'enfant mais également elle-même. Les grossesses de ses deux fils aînés se sont également prolongées après terme. Cela n'a pas été le cas pour la grossesse de sa fille. L'on peut penser que les enfants de sexe féminin et masculin sont investis différemment par Théodora et que cela vient mettre en jeu des problématiques différentes. La prolongation de la grossesse pour tous ses fils vient traduire une angoisse de séparation et de perte. Cela nous semble avoir trait, dans le cas de Théodora, à l'angoisse de la castration avec la crainte de représailles par la mère œdipienne et préœdipienne, mais également au retour des fantasmes œdipiens, majorés avec l'attente d'un enfant de sexe masculin.

La tétée d'accueil a favorisé la rencontre, la reconnaissance de son fils en tant que sien et l'investissement dans son rôle de mère avec ce nouvel enfant. Etre mère implique alors pour Théodora de prendre soin de ses enfants, de les « protéger ».

LE BEBE

Des problèmes de santé du bébé source de culpabilité

Lors du second entretien, une large place est accordée aux problèmes de santé de Corentin. Ceux-ci lui ont valu plusieurs hospitalisations en pédiatrie d'assez courtes durées et pour des problèmes sans gravité. Les problèmes de santé sont perçus comme dirigés contre Théodora elle-même dans une valence agressive qu'elle attribue à son fils et qui renvoie finalement à ses propres projections agressives à l'égard de son fils. Celui-ci, à travers son état de santé, représente en effet une source d'angoisse et peut venir remettre en cause l'investissement narcissique dont il est porteur. Théodora a recours à de nombreuses défenses rigides et factuelles dans une description désaffectée des événements. L'on peut penser que cette banalisation répétée à plusieurs reprises : « *c'était un peu compliqué* » traduit son vécu de la situation avec toujours une mise à distance des représentations et des affects, de son monde interne. Théodora arrive finalement à verbaliser, grâce à notre étayage, un sentiment massif de culpabilité. Ce sentiment est lié à sa représentation du rôle de mère qui est de prendre soin de

ses enfants, ce qu'elle n'a finalement pas été capable de faire en ne se rendant pas compte tout de suite du problème ayant conduit à la première hospitalisation.

Lorsque nous la questionnons sur son vécu de la seconde hospitalisation, elle en attribue d'abord la raison à son fils : « *Il avait envie de m'avoir pour lui tout seul* ». Cela traduit probablement les propres angoisses et la culpabilité de Théodora de ne pouvoir passer autant de temps avec chacun de ses enfants, notamment avec son bébé dont elle n'a pas pu investir la grossesse autant que pour ses aînés. Il nous semble également repérer une angoisse de séparation avec son bébé dans un discours confus concernant le temps de l'hospitalisation. Son angoisse est masquée par les considérations factuelles, spatiales, organisationnelles. Elle peut néanmoins verbaliser une inquiétude importante qui a perduré pendant les premières semaines de vie de Corentin. Cela a d'ailleurs représenté un frein à des séparations par crainte qu'il lui arrive quelque chose. Théodora continue de rationaliser ses angoisses mortifères en relativisant les choses : « *Mais bon, ça a été plus chaotique ! Après on prend les choses comme elles viennent* ». Par ailleurs, l'angoisse est gérée de façon adaptée par les modalités défensives, sans hyperprotection ou hypervigilance concernant Corentin.

Théodora introduit et revient longuement sur la question de la prise en charge médicale qui ne la « *gêne pas plus que ça* ». Elle fait référence à son propre métier, également « *dans le médical* ». Elle fait donc partie de « ceux qui savent », des personnes en mesure de « gérer » les problèmes de santé. Cela, ainsi que la dénégation massivement utilisée, vient éclairer la défense contre un sentiment d'impuissance face au fait de ne pas avoir pu protéger son enfant et d'être obligée de s'en remettre à d'autres, des professionnels du médical, qui « savent faire » et, dans le cas présent, s'occupent de prendre soin de Corentin (contrairement à elle). Cela représente également une défense contre une atteinte narcissique dans son rôle de « bonne mère ».

L'alimentation et le sommeil

Théodora ne fait mention d'aucun problème particulier autour de l'alimentation ou du sommeil. Elle avait choisi d'allaiter Corentin pour favoriser la relation. La tétée de la nuit était particulièrement appréciée dans la mesure où « *c'est un petit moment vraiment entre nous deux (rire) même si je suis dans le lit, c'est... y'a que nous deux de réveillés quasiment* ». Le bain ou le change sont également des moments privilégiés pour Théodora et Corentin lorsque son fils de deux ans n'est pas là : « *on est un peu tous les deux et c'est vrai que c'est sympa* ». L'on repère ainsi une certaine ambivalence entre le désir et le plaisir d'être seule avec son bébé et sa difficulté à laisser son autre fils de deux ans seul, sans elle, par crainte d'un sentiment d'abandon et/ou de jalousie de ce dernier.

Le sevrage de Corentin « *s'est passé assez en douceur* ». C'est elle qui a décidé d'arrêter de l'allaiter « *parce qu'il ne faisait pas ses nuits et euh à chaque fois il réclamait le sein* ». Cela est ainsi perçu négativement par Théodora notamment du fait de la fatigue engendrée. Cela signe également la fin de la relation fusionnelle prolongée par l'allaitement. Corentin « *a très bien pris le biberon tout de suite et puis rapidement il a arrêté de nous réveiller la nuit* ». Le fait que le passage au biberon ait permis des nuits complètes indique que le réveil nocturne était plus lié à une satisfaction pulsionnelle, un plaisir dans la relation au sein qu'à un véritable besoin de satiété pour Corentin. Celui-ci était également plus mature psychiquement et physiologiquement. Il a pu commencer à investir la représentation de sa mère et les auto-érotismes. A un an, Corentin « *aime goûter à tout* » et part à la découverte des sensations tactiles et gustatives avec beaucoup de plaisir.

Les différentes grossesses de Théodora et son parcours en tant que mère semblent avoir favorisé des remaniements psychiques lui permettant aujourd'hui de mieux supporter les pleurs et la séparation comme nous l'avons déjà noté dans l'analyse du premier entretien.

L'ambivalence face à la séparation et l'autonomisation du bébé

Théodora a fait le choix de mettre progressivement Corentin à la garderie dès ses quatre mois : « *Ça a été dur au départ d'ailleurs la garderie. Au tout début il avait un peu de mal d'y aller. (...). il ne voulait pas lâcher maman* ». Cela traduit une angoisse de séparation, reflet de celle de Théodora. Cela a également trait à un sentiment de culpabilité verbalisé par Théodora de laisser son fils alors qu'elle-même est disponible. L'ouverture de Corentin vers les autres membres de la famille est d'ailleurs source d'ambivalence pour Théodora avec des représentations contrastées et un peu confuses : « *Je suis déjà obligée de le partager entre guillemets tout le temps, donc euh... 'fin c'est normal... mais euh... après... y a des fois c'est embêtant parce qu'il est toujours... Il est souvent là « maman, maman » parce qu'elle est toujours là puis euh fin voilà, de voir qu'il recherche ses frères, sa sœur euh... C'est pas pour les mêmes choses, mais euh... quand il s'agit du sommeil, c'est euh... ça marche mieux quand c'est maman qui le couche... que quand c'est quelqu'un d'autre. C'est rigolo mais c'est comme ça* ». L'on a ainsi à la fois le sentiment qu'elle est heureuse que Corentin aille « *embêter* » quelqu'un d'autre mais que cela est très agréable et valorisant de rester la « *privilégiée* » (par exemple pour le coucher). Finalement, cela traduit l'ambivalence face au processus de séparation-individuation de Corentin.

Représentations du bébé

Théodora qualifie Corentin de bébé « *sympa* », « *éveillé* », « *curieux* » et « *très observateur* » déjà à quatre mois. Elle lui attribue un caractère propre, en le différenciant de ses frères et sœurs. Elle se questionne d'ailleurs sur ce que les parents induisent du caractère de leurs enfants. Les représentations concernant Corentin s'avèrent néanmoins ambivalentes entre des qualificatifs positifs et des représentations plus négatives bien que toujours mises à distance : « *un bébé au caractère bien trempé* ». Elle fait alors le lien avec les propos qu'elle lui avait tenu lorsqu'il était nouveau-né : « *Alors je lui avais dit : « Tu es le 4^{ème}, faut... okay faut que tu t'affirmes » mais quand même (rire)* » , d'où peut-être ces questionnement sur ce qu'induisent les parents au niveau du caractère de leurs enfants. Théodora lui attribue également des idées et interprète ses comportements comme révélateur potentiel de son futur caractère. Elle estime d'ailleurs que Corentin « *sait se faire entendre* » et qu'il « *arrive à se faire comprendre* » dans ce qu'elle interprète un désir de communiquer. Finalement, c'est l'idée de la découverte jour après jour de son bébé qui prédomine. Son fils est ainsi représenté comme un être individualisé avec sa propre altérité et ses propres désirs et pensées. Théodora décrit un développement moteur « *rapide* ». Nous observons en effet un petit garçon qui explore beaucoup son espace, qui crapahute sur ses jouets, qui passe sous la table, entre les chaises, qui « *fouille* » dans ses bacs de jouets, qui court derrière le chat, et qui y prend beaucoup de plaisir. L'on se demande, bien que cela soit investi très positivement par Théodora, si cela ne va pas un peu trop vite pour elle qui « *aime les petits bébés* ». Le langage est également investi puisque Corentin « *parle un petit peu* ».

REPRESENTATIONS EN TANT QUE MERE

Théodora estime qu'elle a évolué en tant que mère depuis la naissance de son fils mais qu'elle évolue tout le temps, avec chacun de ses enfants puisque « *chaque enfant est unique* » et qu' « *ils n'arrivent jamais au même moment* ». Elle évoque également toujours « *se poser des questions quand même parce que je pense être normale un petit peu (rire). (...) sur des choses relativement anodines* » : l'alimentation, la santé et le sommeil. Elle estime néanmoins que « *dans l'ensemble je trouve que ça va* » et qu'elle « *ne se débrouille pas trop mal* ». Elle semble aborder les choses avec sérénité.

Ambivalence entre centration sur ses enfants et son rôle de mère et désir de réinvestir d'autres activités et statuts : réactivation de la rivalité œdipienne et fraternelle

Lorsque Théodora évoque son rôle de mère, deux éléments dominent : l'importance d'être à l'écoute de ses enfants et de leurs besoins, et l'importance de partager son temps et son attention de façon égalitaire entre tous ses enfants. Cette recherche d'un équilibre et d'une égalité entre ses enfants est longuement développée lors des deux entretiens et renvoie à son propre vécu avec ses parents et sa fratrie. Il s'agit également pour elle de les aider à « *trouver [leur] place* ». Cela renvoie également à ses propres problématiques infantiles et actuelles que nous avons déjà évoquées.

Le second élément longuement développé par Théodora lors des deux derniers entretiens a trait à son ambivalence à l'égard de la reprise du travail. Les représentations sont contrastées, traduisant le conflit intrapsychique à l'œuvre, entre le fait de s'occuper des enfants, en étant toute disponible pour eux et le fait d'avoir du temps pour soi, sur le plan professionnel notamment. Une vie professionnelle investie et épanouie apparaît contradictoire avec un rôle de mère pleinement investi pour Théodora : « *on ne peut pas avoir tout* ». Cela a trait à la problématique de castration et nous renvoie également à la rivalité avec sa sœur aînée qui a beaucoup investi et brillamment réussi sa carrière professionnelle : « *euh, 'fin bon après c'est vrai que... au niveau de l'évolution professionnelle, j'ai beaucoup mis en avant les enfants et j'ai laissé un peu de côté l'évolution professionnelle. Et pour l'instant c'est un petit peu quelque chose qui m'embête un petit peu dans ma vie quoi. Le fait d'avoir, que j'ai vu mes frères évoluer, ma sœur a évolué aussi, voilà c'est vrai qu'avec ses enfants, elle les a eu beaucoup plus tard que moi donc euh, y'a ça aussi euh... Après on voulait des enfants voilà* ». Elle insiste longuement sur l'importance d'« *évoluer dans son travail. (...) Parce que moi quelque part j'aimerais bien aussi arriver. Je me dis y en a qui y arrive, pourquoi pas moi ! A concilier leur métier satisfaisant avec des enfants, heu, mais bon après c'est vrai que... Je ne regrette pas pour l'instant mes choix donc voilà* ». La dénégation nous laisse cependant penser à des regrets, d'autant qu'elle revient longuement sur son premier emploi, quitté « *avec tristesse* » et objet de représentations très positives. Par ailleurs, la mère de Théodora a également arrêté de travailler lorsqu'elle a eu ses enfants. A travers ses propos concernant le mode de fonctionnement et l'organisation familiale dans son enfance, il nous semble que Théodora critique le fonctionnement familial parental mais exprime également une certaine frustration face à un désir de pouvoir sortir sans contraintes organisationnelles, sans que les choses deviennent compliquées. Le fait d'être mère d'une famille nombreuse vient ainsi contraindre et limiter

Théodora dans ses activités et de la cantonner à une gestion de l'organisationnel. Cela est cependant tout autant recherché par Théodora.

Elle évoque également son besoin et son désir de retrouver une existence autrement qu'en étant uniquement maman, notamment son rôle de « *compagne* », autrement dit d'amante. Elle exprime également le fait qu'après la naissance « *il faut se réapproprier son soi-même* » « *par étape* » : « *le fait que je sois allée chez le coiffeur, l'esthéticienne, tout ça, ça fait du bien aussi parce que là on se ressent un petit peu ...* » désirable ? Femme ? Le fait de « *se retrouver* », de « *se réapproprier son soi* » passe ainsi par les attentions portées à soi-même et par le physique, l'attitude, le paraître. Réinvestir le féminin permet de se sentir à nouveau femme. Le conflit psychique entre le fait de « *se retrouver* » avec son conjoint et le fait de « *se dégager* » de Corentin est au premier plan. La dénégation laisse entendre le désir de prendre une certaine distance, de se libérer de la relation fusionnelle avec son bébé. Son désir d'exister autrement qu'uniquement en tant que mère est cependant source de culpabilité puisqu'elle serait moins disponible pour ses enfants.

Cette ambivalence à l'égard du réinvestissement de sa vie professionnelle est accentuée par un désir de rester avec son fils jusqu'à son entrée à l'école. S'agit-il d'une angoisse de séparation ? De l'investissement de son rôle de mère qui est « de prendre soin » et de « former » ses enfants ? Elle ne remplirait alors pas son rôle si elle ne les accompagnait pas jusqu'à leur entrée à l'école. S'agit-il de la crainte d'être « remplacée », de se sentir « inutile » auprès de ses enfants en perdant ses fonctions au bénéfice de quelqu'un d'autre ? Théodora tergiverse énormément au point que le discours en devient confus.

Il est également toujours question de l'organisation, de la gestion de la vie quotidienne et de la difficulté à trouver un rythme qui convienne à tous. Cela occupe aussi une large part des entretiens.

Complexe de castration et remise en jeu du désir de l'enfant imaginaire après chaque naissance

Ces questionnements autour de la reprise du travail sont remis en jeu après chaque naissance, en même temps que se manifeste le désir d'un nouvel enfant. Théodora évoque ainsi une certaine nostalgie après la naissance de chaque enfant. Cela aurait d'après elle trait au fait qu'elle aime être enceinte et que ses grossesses se passent toujours bien. Le fait d'être enceinte renvoie à la complétude phallique-narcissique de la fusion mère-enfant qui réactive celle également vécue, perdue et donc recherchée avec sa propre mère. Ce que Théodora recherche

dans la grossesse et la maternité c'est la relation fusionnelle à l'enfant, les premières années de vie où l'enfant a besoin d'elle. S'agit-il d'un moyen d'exister pour elle ou bien une recherche de la fusion mère-bébé et de la complétude qui y est associée, ou encore d'être le seul être qui compte, la dépendance de l'enfant à elle, sa mère ? Elle ajoute cependant que « *pourtant 'fin j'aime bien l'évolution, voir mes enfants évoluer* ». Néanmoins, le désir d'enfant apparaît dès que le petit dernier s'autonomise. Cela était le cas à chacun de ses aînés. Ces désirs d'enfant et/ou de réinvestissement de la vie professionnelle remettent également la problématique phallique au premier plan chez Théodora. En effet, en lien avec la rivalité œdipienne que l'on a pu noter autour de la maternité et de la vie professionnelle, l'enfant en elle peut représenter le pénis désiré. Chaque naissance représente donc une « castration » qui vient réactiver le désir de complétude narcissique-phallique. Elle remet également en jeu le désir de l'enfant idéal qui n'existe que dans le manque. L'ambivalence reste malgré tout présente concernant ce désir d'enfant : « *En même temps ça reste, 'fin quelque part c'est une envie et en même temps ça reste dans le peut-être, parce que je me dis que si j'arrive professionnellement à trouver quelque chose qui est plaisant... Je pense qu'il y a ça aussi, euh, j'étais plus ouverte aux enfants parce que professionnellement je n'avais pas euh... forcément... 'fin voilà, je voulais des enfants ça c'était sûr !* ». Les enfants et son rôle de mère viennent ainsi « combler » quelque chose, un manque, d'autant qu'elle ajoute que si elle n'avait pas eu les petits : « *il aurait fallu que je me trouve des activités si je n'avais pas de travail quoi. Si je n'avais pas les petits parce que effectivement ils sont vraiment dans le... dans le besoin de la maman* ». En étant mère, elle a ainsi le sentiment d'être utile, d'avoir une place et d'être nécessaire puisque ses enfants dépendent d'elle. La problématique phallique est au premier plan chez Théodora.

PERE DU BEBE ET COUPLE PARENTAL

Corentin a ouvert les yeux la première fois lorsqu'il a entendu la voix de son père, ce qui a entraîné des affects de fierté et de bonheur de la part de ce dernier. Cela l'a aussi conforté dans son rôle de père.

Au domicile, le père de Corentin prend assez peu le relais avec ce dernier. Il partage les temps de jeux et de complicité avec Corentin mais l'aide pour le quotidien reste quasi nulle. Théodora rationalise et minimise pour tenter de mettre à distance des représentations négatives, la déception et une certaine agressivité.

RELATIONS AUX FIGURES PARENTALES ET A LA FRATRIE

Les rivalités œdipienne et fraternelle toujours au premier plan

Théodora revient sur les relations avec sa mère en prenant appui sur le discours de sa belle-sœur qui vient corroborer ses propres observations concernant sa mère et la place qu'elle occupe avec ses petits-enfants. Elle évoque alors une mère « *surprotectrice* » « *mais pas vis-à-vis de moi mais du bébé* », qui lui dit ce qu'elle doit faire. Sa mère vient remettre en cause son statut et surtout ses compétences en tant que mère puisqu'elle vient occuper cette place de mère auprès de tous : ses enfants et son mari en leur disant quoi et comment faire, et ses petits-enfants. Cela est « *un petit peu vexant* » pour Théodora qui minimise. Elle peut néanmoins exprimer son « *agacement* » en s'appuyant sur notre étayage. L'ambivalence reste massive entre une agressivité refoulée mais présente par le sentiment d'agacement, et la difficulté à remettre en question sa mère et ses comportements, et surtout de rentrer en conflit avec elle à ce propos. Elle ne semble pouvoir s'opposer que lorsque son conjoint est lui aussi agacé.

Théodora fait malgré tout un parallèle entre elle et sa mère au même âge dans une tentative d'identification. Néanmoins, elle met en avant ce qu'elle a de « plus » que sa mère puisqu'elle a fait de plus longues études. L'on repère toujours la rivalité œdipienne et phallique-narcissique vis-à-vis de sa mère.

Théodora introduit également les relations avec sa sœur dont elle avait déjà parlé lors des précédents entretiens. Elle évoque ainsi une véritable « *compétition* » entre elles autour de leur « *vision de la vie, fin qu'est différente entre guillemets* ». La rivalité se cristallise de nouveau sur la maternité et le travail avec un sentiment d'envie de Théodora : « *elle a toujours un poste à responsabilité hein (rire). C'est le bras-droit du maire* ».

Le nouveau conflit entre elle d'un côté et sa sœur et sa mère de l'autre est centré sur l'alimentation et la nécessité pour sa sœur et sa mère de manger uniquement des aliments issus de l'agriculture biologique. L'alimentation renvoie à la sphère de l'oralité et aux relations précoces mère-enfant. Il est intéressant que les conflits actuels mère/sœur-fille/sœur se centrent sur cette question qui remet en jeu les relations et les satisfactions primaires. Théodora se justifie également longuement sur ses choix de vie comme si elle se justifiait face à sa mère et à sa sœur, comme si elle était en faute. Il s'agit toujours de se justifier mais sans froisser la personne en face : « *Chacun fait avec sa façon d'être et puis sa façon de faire* ». Cela pourrait renvoyer à la peur d'être exclue, rejetée parce que différente de leur mode de fonctionnement.

Blessure narcissique et recherche de reconnaissance et de valorisation de la part des figures parentales

La différenciation au sens de « *faire différemment* » renvoie en effet à Théodora le sentiment de « *faire mal* », source d'une blessure narcissique : « *C'est pas parce que je ne fais pas ça que je ne fais pas bien en fait, en fait ! Fin des fois c'est ce que j'essaye de leur dire... (Vous avez le sentiment que c'est ce qu'on vous renvoie ?) (rire) Voilà... Fin un petit peu, ouais! Si je ne fais pas comme mes parents... !* ». Ces choix, dans la mesure où ils sont différents, sont source d'une représentation négative de sa sœur et de sa mère à son égard, dans les représentations de Théodora. Les défenses, nombreuses et variées, restent opérantes. Néanmoins, l'irritation et l'agressivité se sont au premier plan à travers la massivité et la prolixité du discours que l'on pourrait presque qualifier de logorrhéique. Le débordement verbal rend compte du débordement pulsionnel.

Lorsque nous la questionnons sur des éventuels retours de souvenirs d'enfance en parallèle avec le développement de Corentin, Théodora évoque exclusivement les liens que font ses parents entre « *les crises* » des enfants de Théodora et son « *mauvais caractère* » lorsqu'elle était petite. Les choses positives, pourtant existantes d'après son père, « *c'est pas forcément ce qui ressort quand ils parlent de moi. Ce qu'ils se rappellent c'est mes grosses colères, et euh, j'avais... J'étais très têtu, et que voilà* ». Cela lui renvoie une image uniquement négative d'elle-même et entraîne un vécu dépressif associé à la faille narcissique. Cela apparaît déplacé sur un autre contexte : les amis, puis s'étend à l'ensemble de l'entourage : « *Mais des fois je me disais « est-ce qu'ils m'aiment vraiment ? ». Même encore maintenant, y a des gens je me dis : « Est-ce que c'est pour moi qu'ils viennent me voir ou c'est est-ce qu'ils ont besoin ? »* ». Théodora, avec beaucoup de précautions verbales et la mise à distance par l'utilisation d'un pronom impersonnel, évoque des sentiments de déception face à des attentes de « *retours* » de la part de son entourage. Elle rationalise à partir de son métier : « *'Fin de par mon métier, je me suis aperçue qu'on ne peut pas attendre des gens ce qu'ils ne peuvent pas donner non plus* ». En s'appuyant sur notre étayage, Théodora fini par verbaliser le conflit en jeu : « *Ben moi j'ai l'impression des fois d'être plus présente pour mes parents, d'être euh... Et puis des fois de ne pas avoir l'impression... Ils sont présents quand même pour moi sur certaines choses mais au niveau de la parole, je pense, je pense que c'est au niveau de la parole. Au niveau financier, voilà, ils m'ont aidée à acheter la voiture, fin voilà (...) mais je veux dire après au niveau... au niveau de la parole, 'fin voilà c'est souvent négatif* ». Théodora attend une « *reconnaissance* » de la part de ses parents, une reconnaissance de ses qualités, une valorisation et une narcissisation, autant de preuves de leur amour : « *Avoir une reconnaissance quelque part de*

dire « bon ben tu t'es pas trop mal démerdée en fait » (rire). Fin juste ça au moins, voilà ». L'on repère de nouveau des défenses contra-dépressives. Malgré la rationalisation et la banalisation, Théodora reste très affectée par le fait que « *ce qui ressort à chaque fois qu'on me reproche, c'est toujours les petits détails qui vont pas...* ». Elle attend qu'ils lui disent que ce qu'elle a fait est bien, d'autant qu'elle « *trouve que voilà j'ai la même façon de penser que mes parents* » et la même façon d'éduquer ses enfants, de profiter des petites choses, les valeurs qu'ils lui ont transmises et qu'elle-même transmet à ses enfants.

2.2.2. Protocole du Rorschach et psychogramme de Théodora

Planche	Tps latence	N° Rép.	Réponses	Enquête	Loc.	Det.	Con.	Com.
I		1	<p><i>Ah oui on voit ça dans les films des fois.</i></p> <p><i>Il faut que je vous dise ce que je vois ou ... ?</i></p> <p><i>(Réponse de la clinicienne chercheuse)</i></p> <p>On dirait un masque de loup à moitié</p> <p><i>Je sais pas trop</i></p>	<p>Là les oreilles</p> <p>Le nez de loup dans le masque</p> <p>Les yeux même si c'est 4 trous</p>	Gbl	F+	Obj.	<p>Com. / Tend. choc</p> <p>Tend. refus</p>
II		2 3	<p><i>C'est bizarre</i></p> <p><i>Après ça peut être juste une partie ou ... ?</i></p> <p><i>(Réponse de la clinicienne chercheuse)</i></p> <p>J'ai l'impression, d'un petit cœur</p> <p>C'est assez symétrique quand même</p> <p>Là on dirait un nez</p>	<p>Là le coeur</p> <p>Un gros nez genre 3D (<i>rouge en haut côté</i>)</p>	D3 D2	FC- F-	Anat Hd	<p>Tend. choc / Com.</p> <p>Symétrie</p>
III			<p><i>Ça m'angoisse un peu votre truc.</i></p> <p><i>(Souhaitez vous que arrêter le test ?)</i></p>					Choc / Com.

		4 5	<p><i>Non mais c'est de savoir si je donne la bonne réponse...</i></p> <p><i>(Comme je vous l'ai dit dans la consigne, il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse, dites moi simplement ce à quoi cela vous fait penser)</i></p> <p><i>D'accord.</i></p> <p>Donc là on pourrait croire 2 silhouettes</p> <p>Sinon on dirait un nœud papillon</p> <p><i>(rire)</i></p>	<p>Je vois du mouvement</p> <p>Des danseurs, quelque chose comme ça (K+)(rép. Add)</p>	G D3	F+ F+	H Obj.	Ban Ban
IV			<p><i>C'est quand même assez symétrique comme test</i></p> <p><i>Ce que je vois après ...</i></p> <p><i>Ça m'inspire pas grand-chose</i></p>					Symétrie Refus
V		6 7	<p>On dirait un papillon de nuit</p> <p><i>C'est rigolo</i></p> <p>Avec une petite queue de papillon</p>	<p>Un papillon de nuit parce qu'il est tout noir aussi, c'est sombre</p> <p>Les ailes</p> <p>Le bas du corps</p> <p>Et les antennes</p>	G D9	FC'+ F-	A Ad	Ban Com.

VI	5''	8	Ça me fait penser à la peau de vache qu'il y avait chez mes parents <i>(rire)</i>	Oh oui la peau de vache chez mes parents	G	F+	A	Choc Ban
		9	Ça fait un petit côté masque de carnaval entre guillemets, un déguisement quoi	<i>(haut = déguisement)</i>	D3	F+	Obj.	
VII	7''	10	<i>Pas grand-chose</i> 2 visages là peut-être mais après ...	Donc le visage, Les cheveux, Des visages dessins animés plus que de portait d'ailleurs	D1	F+	Ad	Choc / Tend. refus
VIII	5''	11	Bizarrement j'ai l'impression de voir le bassin que me montre la sage-femme quand je fais la préparation (à la naissance, ntdb)	Les os là Et puis l'ensemble	G	F-	Anat	Choc
		12	Le bassin en os qu'ils nous montrent, où passe le bébé		G	F-	Anat/os	
IX			Ah c'est plus coloré déjà					Dénomination couleur
		13	Des fruits, des pommes, des choses comme ça	Les pommes là <i>(rose)</i>	D	FC+	Bot.	
		14		Une sculpture <i>(global)</i>	G	F+	Obj.	

		15	Une sculpture Un vase	Un vase parce qu'il y a des petites choses dans le haut <i>(global)</i>	G	F+	Obj.	
X		16	C'est encore plus coloré J'aime bien parce que j'aime bien le bleu Peut-être des fleurs là <i>Théodora pose encore des questions concernant le test et les informations que cela apporte, la façon de l'analyser etc ...</i>	Les fleurs dans le jaune et noir Des poumons aussi <i>(dans le haut)</i>	D7+D15	F+	Bot.	Dénomination couleur x2

Temps total : 20 minutes

Choix + :
- IX : Elle est sympa.
- III : Les danseurs c'est sympa.

Choix - :
- IV : ça m'inspire pas.
- VII : C'est bizarre aussi.

PSYCHOGRAMME Théodora

R : 16
R additives : 2
Refus : 1 pl. IV

Tps total : 20
Tps/rep. Moyen :

G : 9 dont 1 Gbl	F: 14	H: 1	
G%: 56	F%: 87,5	Hd: 2	H%: 19
	F+% : 68	(H):	

D: 7	K: 0	A: 2	
D%: 44	kan:	Ad: 1	A%: 19
	kp:	(A):	
Dd:	kob:		
Dd%:			

Dbl:	FC: 2	Ban : 4
Dbl%:	CF:	Elem :
	C:	Frag :
	FC': 1+	Obj : 5
	C'F:	Anat : 3
	C':	Géo :
		Bot : 2

Choix + : IX, III
Choix - : IV, VII

FE:	Scène :
EF:	Nature :
E:	Arch :
	Abstr :
FClob	Symb :
ClobF:	Sang :
Clob:	Sexe :

TRI : 0K/1,5C
F. Compl. : 0/0

RC% : 37,5

IA% : 31

Eléments qualitatifs : Couleur Pl. IX, X
Sym. Pl. IV

2.2.3. Analyse du protocole du Rorschach de Théodora

2.2.3.1. Clinique de la passation

Le protocole de Théodora est marqué par une verbalisation inhibée avec une productivité inférieure à la norme en termes de nombre de réponses. L'inhibition est associée à un refoulement névrotique et à des défenses névrotiques. Théodora apparaît mal à l'aise et angoissée en début de passation, ce qu'elle verbalise et qui se manifeste à travers de nombreuses questions adressées à la clinicienne. Il s'avère que cette angoisse apparaît liée aux sollicitations latentes des planches mais également au désir de « bien faire » : « *savoir si je donne la bonne réponse* ». Le besoin de réassurance est patent. Théodora peut alors s'investir plus sereinement dans la passation et y prendre un certain plaisir. L'on note par ailleurs, une sensibilité dépressive. Le protocole est riche de différents contenus.

2.2.3.2. Analyse des processus de pensée

Le G% s'avère supérieur à la norme et le D% inférieur. Cela rend compte d'un besoin de maîtrise, et d'une prise de distance face au matériel et ses sollicitations latentes dans une visée défensive. L'on note une qualité formelle associée hétérogène (9 F+, 4F- et 1F+/-), le F+% apparaît d'ailleurs inférieur à la norme. Malgré tout, la richesse du protocole en termes de qualité formelle rend compte chez Théodora d'un caractère adaptatif du fonctionnement cognitif et de défenses importantes de contrôle du monde interne qui est étouffé. Néanmoins, cette hétérogénéité de la qualité formelle rend également compte de désorganisation transitoire de la pensée par imprégnation fantasmatique et affective. Les défenses rigides s'avèrent en effet inopérantes aux planches II et VIII, planches où sont notées les mauvaises formes, sous le poids des affects et des fantasmes renvoyant à la maternité et à la grossesse. Cela traduit une déformation partielle de la réalité inhérente à l'expression du désir et de la projection relative au refus de la castration (planche II et V) et à la régression et à la naissance (planche VIII).

En effet, Théodora est sensible aux affects et aux pulsions puisqu'elle intègre la couleur à la représentation à la planche II. La couleur nourrit ainsi les processus de pensée mais cela s'avère désorganisant avec une mauvaise forme et un contenu anatomique. L'on note également deux dénominations couleur aux planches IX et X rendant compte d'une difficulté à contrôler les affects. Ceux-ci ne se révèlent cependant pas désorganisant. De plus, ils sont associés à du plaisir et la couleur peut finalement être intégrée à la représentation à la planche IX. Le RC% s'inscrit dans les normes, ce qui implique que Théodora peut se laisser imprégner par l'environnement dans la labilité (puisque les affects sont peu contrôlés malgré tout).

Le monde interne apparaît en revanche abrasé, réprimé défensivement puisque l'on note l'absence de kinesthésie dans l'ensemble de la passation. Une kinesthésie humaine est néanmoins identifiée à la planche III à l'enquête sous-tendant la relation libidinale entre les personnages. Néanmoins, les mouvements fantasmatiques sont clairement réprimés et la créativité de la pensée limitée au détriment de l'investissement perceptif et de la réalité externe, investis comme moyen d'évitement des conflits et du monde interne, et de la sensibilité émotionnelle. Le refoulement est très à l'œuvre.

La réalité extérieure apparaît dès lors investie, de même qu'un certain conformisme et qu'une pensée sociale puisque le nombre de banalités correspond à celui attendu. Le H% s'avère inférieur aux normes avec un A% supérieur aux normes. Les réponses Hd sont supérieures aux contenus humains entiers et inversement pour les A et Ad. Cela rend compte d'une capacité à s'identifier à des contenus humains et de la stabilité et de l'intégrité de la représentation de soi mais marquées par l'immaturation. Le protocole apparaît également moins adapté que ce que nous avons pu noter de par un contrôle affaibli du moi sur la réalité externe. Les contenus prévalents renvoient finalement au désir de briller intellectuellement et à une rigidité certaine (contenus objets, anatomiques, botaniques aux planches I, II, III, VI, VII, IX et X). L'angoisse de « bien faire », de « bien répondre » est ainsi majorée dans un besoin de contrôle et de maîtrise qui s'avère défaillant dans la réalité.

L'on peut donc conclure sur l'existence d'un cadre entre monde interne et monde externe transitoirement et massivement mis à mal face à certains fantasmes, aux affects et aux pulsions, qui semble surtout associés à la grossesse. Le monde interne est abrasé mais malgré tout mobilisé à l'enquête, tandis que la sensibilité affective est présente dans un TRI extratensif. Cette dernière vient à la fois nourrir et désorganiser les processus de pensée et peut être investie défensivement aux planches IX et X. La pensée s'avère ainsi opérante mais possiblement désorganisée sous le poids des fantasmes et des affects, de même que l'adaptation à la réalité externe. L'une et l'autre s'avèrent imprégnées par le monde fantasmatique de Théodora, semble-t-il en lien avec la grossesse et l'angoisse de castration (planche V). Le fonctionnement psychique de Théodora apparaît ainsi riche.

2.2.3.3. *Représentations de soi, narcissique*

La seule kinesthésie humaine du protocole est verbalisée à l'enquête à la planche III, associée à une bonne forme. Le contenu humain apparaît dans un premier temps vague renvoyant au doute comme défense face à la problématique identificatoire et relationnelle de la planche. Théodora identifie cependant deux personnages humains dans une représentation de

relation génitalisée à l'enquête. Cela garantit l'intégrité de la représentation de soi et la possibilité d'identification à des contenus humains. La banalité à la planche V confirme cette observation. De même que le A% et la représentation intègre à la planche VI. Néanmoins, l'on note le surinvestissement des enveloppes à cette planche trahissant une problématique narcissique face à la puissance phallique et à l'angoisse de castration. L'on note plusieurs contenus Hd qui renvoient à une tentative d'isolation défensive à la planche II (qui suit le commentaire sur la possibilité de n'utiliser qu'une partie de la planche) qui semble être réactivée par rapport à la grossesse et notamment à l'échographie 3D. De même, à la planche VII où la réponse est associée à du doute, une réponse vague et inhibée face à la problématique féminine. L'on peut donc rendre compte d'une absence de problématique identitaire de Théodora.

Au-delà du doute et du refoulement comme défenses contre des problématiques identificatoires et sexuelles, l'on note la présence de réponses peau dans le protocole de Théodora (réponses « masque » planche I et VI, réponse « déguisement » planche VI). Cela rend compte d'un surinvestissement des enveloppes et donc d'une problématique narcissique associée à une fragilité des limites face à la nouveauté et à la symbolique phallique (problématique de castration). Cela est renforcé par les commentaires symétrie aux planches II et IV respectivement associés à une désorganisation et à un refus. Par ailleurs, l'on note des effractions sensorielles aux planches II (désorganisation face au rouge), V (sensibilité au noir), IX et X (ingérence des affects à travers des commentaires couleurs). Enfin, le F+% inférieur à la norme met en exergue l'imprégnation, l'envahissement de la réalité externe et de la pensée par les fantasmes. L'on note également des réponses os à la planche VIII qui rendent compte d'une fragilité narcissique face aux sollicitations liées à la grossesse.

Aucune sexuation n'est identifiée aux planches bilatérales (II, III et VII). La planche masculine paternelle IV est refusée et correspond à un choix négatif de Théodora face à la puissance phallique renvoyant probablement à un complexe de castration. L'on peut parler de refoulement (« *ça m'inspire pas grand-chose* »). La planche VI semble être traitée dans son aspect unitaire autant que dans sa référence au phallique avec des défenses narcissiques face à la problématique de castration sous-jacente. L'on note par ailleurs des contenus botaniques aux planches IX et X renvoyant à un féminin régressif investi positivement. L'imago maternelle apparaît ainsi structurante et l'accès au féminin existe. Le masculin phallique apparaît au contraire évité.

2.2.3.4. Représentations de relations

L'absence de kinesthésie sur l'ensemble du protocole rend compte de l'évitement de la relation objectale chez Théodora, probablement angoissante du fait des fantasmes refoulés. Une kinesthésie sous-tendant une relation génitalisée et libidinale apparaît cependant à l'enquête à la planche III. Celle-ci fait d'ailleurs l'objet d'un choix positif de Théodora.

La planche VII est marquée par le refoulement et l'inhibition. Il n'y a ni sexualité ni relation signant une difficulté d'identification à la figure maternelle. La relation est clairement évitée par une mise en tableau (« *dessin animé* ») à l'enquête. Cette planche fait d'ailleurs l'objet d'un choix négatif. La planche IX s'avère investie beaucoup plus positivement. La couleur est identifiée d'abord dans quelque chose de difficilement contrôlable puis intégrée à la représentation. La régression est notée face à l'environnement et à l'imgo maternelle dans quelque chose de positif, dans la plaisir puisque c'est également un choix positif de Théodora. Idem à la planche X. L'on note ainsi un soulagement avec l'arrivée des planches pastelles.

En effet, il s'avère que Théodora est très sensible au vide et aux couleurs achromatiques (planche I : « *masque* », « *yeux* » (enquête) ; planche V : « *papillon de nuit* » (enquête), « *sombre* » (enquête), « *noir* » (enquête)). Cela met en évidence une problématique dépressive importante chez elle. L'angoisse, le refus et l'inhibition aux planches unitaires achromatiques (notamment la planche IV) pourraient être en lien avec cette sensibilité dépressive trop massive.

La confrontation à la planche VI est marquée par le refoulement et l'inhibition. Il y a également régression qui entraîne des défenses maniaques et narcissiques, face à la puissance phallique. L'on note une certaine dévalorisation de la puissance phallique par le recours au carnaval et au déguisement. Cela traduirait l'angoisse de castration. Celle-ci est par ailleurs massivement présente à la planche V : « *une petite queue de papillon* ». Théodora s'en dégage à l'aide de défenses maniaques (« *c'est rigolo* »). L'on peut donc évoquer une problématique narcissique associée. De plus, l'on note à l'enquête des éléments dépressifs. Le déni de la castration apparaît par ailleurs à la planche II (« *nez* »).

La confrontation à la nouveauté est source d'angoisse pour Théodora avec la nécessité de se protéger d'un extérieur menaçant et potentiellement persécuteur (enquête).

2.2.3.5. Traitement spécifique des planche II et VIII

Les planches II et VIII semblent solliciter des fantasmes concernant la grossesse chez Théodora (elle est enceinte au moment de la passation). Ces fantasmes s'avèrent désorganisant avec un renforcement des limites et narcissique. Cela nous renvoie aux problématiques de la

grossesse en lien avec le conflit narcissico-objectal qu'elle implique, les angoisses à l'approche de l'accouchement et l'inquiétante étrangeté (Freud, 1919a) face à l'échographie. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que la passation et le protocole du Rorschach de Théodora sont imprégnés par son état de grossesse. La porosité des limites observées pourrait dès lors être une conséquence de la transparence psychique propre à la grossesse psychique. La problématique de perte d'objet pourrait également être favorisée par l'accouchement qui se rapproche.

2.2.3.6. Modalités d'angoisse et procédés défensifs

L'on rencontre une richesse des processus défensifs chez Théodora. L'on repère en effet des défenses rigides (formation réactionnelle planche V, isolation (D), investissement du percept, doute +++, précautions verbales), des défenses labiles (commentaires personnels, remarques, temps de latence important (refoulement) ou absent), de l'inhibition (réponses vagues, temps de latence importants, tendance refus, refus). L'on note également la projection notamment aux planches II et III renvoyant à la fantasmagorie de la grossesse.

L'angoisse semble avoir trait à la fois à l'angoisse dépressive et à l'angoisse de castration chez Théodora, associées à une problématique narcissique latente. Les unes comme les autres s'articulent et s'observent également à travers l'angoisse et le désir de « bien faire », de donner « les bonnes réponses », un protocole adapté dans un désir de conformité. Cela s'observe également à travers le besoin de réassurance face au matériel et par rapport à ses compétences en début de passation, et avec les nombreuses questions sur le test, son utilité, son analyse, ses apports, ...

2.2.4. Protocole du TAT de Théodora

Je vais maintenant vous montrer une série de planches. Je vous demande de me raconter une histoire à partir de chaque planche.

Planche 1: Donc là, faut que je vous raconte ce que je vois quoi ? *La clinicienne redonne la consigne.* Bon, une histoire. On dirait mon aîné quand je lui dit qu'il doit faire sa batterie, pourtant il aime la batterie mais (« rires ») donc voilà. Ben on dirait voilà, un enfant, que, bon, on sait pas s'il aime bien ou s'il aime pas (« rires ») l'instrument en soit. Faire de la musique (« rires »). Je sais pas.

Procédés du discours : Donc là, faut que je vous raconte ce que je vois quoi ? [CM1] *La clinicienne redonne la consigne.* Bon, une histoire. On dirait mon ainé quand je lui dis qu'il doit faire sa batterie, pourtant il aime la batterie mais... (« rires ») donc voilà [B21 car altérité ; B11 ; B13 ; A24 ; B23 ; CI2 ; CM3]. Ben on dirait voilà, un enfant, que, bon, on sait pas s'il aime bien ou s'il aime pas (« rires ») l'instrument en soi, faire de la musique (« rires »). Je sais pas. [A31 ; B13 ; A24 ; B13 ; CM3 ; CM3 ; CI1],

Problématique de la planche : *Théodora met à distance l'identification à l'enfant en l'identifiant à son fils et en s'identifiant donc elle-même à l'instance surmoïque et en évitant la question de la castration. L'immaturité fonctionnelle n'est ensuite pas traitée malgré l'existence d'une conflictualisation intrapsychique. Ce n'est pas la question de vouloir jouer et de ne pas savoir qui est ici en jeu.*

Planche 2: Alors là, y'a une dame qui est là, qui est assise. On sait pas trop. Elle prend le temps de prendre le soleil. Parce qu'elle a l'air d'avoir travaillé aussi peut-être (rires). Et le monsieur qui travaille dehors. Et puis la y'a une jeune fille qui a des livres. C'est intéressant les livres aussi. Après je sais pas si elle regarde l'histoire que vous voulez. Je vais pas vous faire un roman (rires). Je décris juste l'image ou c'est la façon dont je décris ou ... ? *Réponse de la clinicienne.* Après oui ça peut être... *Tout au long de la passation de cette planche 2, son fils est sur ses genoux et pleure. Il se met alors à crier et elle s'adresse à lui en racontant l'histoire :* Bah oui hein voilà, on dit que c'est ton papa et puis ça c'est maman et puis ça c'est ta grande sœur qui va à l'école.

Procédés du discours : Alors là, y'a une dame qui est là, qui est assise. On sait pas trop. Elle prend le temps de prendre le soleil. Parce qu'elle a l'air d'avoir travaillé aussi peut-être (rires). [CI2 ; CI1 ; A11 ; A31 ; CF ; CM3]. Et le monsieur qui travaille dehors [CI2 ; A11 ; A34]. Et puis la y'a une jeune fille qui a des livres. C'est intéressant les livres aussi [A11 ; A13 ; CF ; CI2]. Après je sais pas si elle regarde l'histoire que vous voulez [CL1 car porosité des limites]. Je vais pas vous faire un roman (rires) [CM3 ; CM3 - rire]. Je décris juste l'image ou c'est la façon dont je décris ou ... ? [CM1] *Réponse de la clinicienne.* Après oui ça peut être... *Tout au long de la passation de cette planche 2, son fils est sur ses genoux et pleure. Il se met alors à crier et elle s'adresse à lui en racontant l'histoire :* Bah oui hein voilà, on dit que c'est ton papa et puis ça c'est maman et puis ça c'est ta grande sœur qui va à l'école [B21 ; B32 ; B11 ; A11].

Problématique de la planche : *Théodora évite la confrontation à la triangulation œdipienne et aux fantasmes sous-jacents en isolant les personnages qui sont tout de même identifiés sexuellement et en restant dans un discours très descriptif, factuel, banalisé. Les défenses s'avèrent cependant coûteuses puisque la problématique vient faire vaciller les limites interne-externe de Théodora et vient mettre en jeu des procédés maniaques. Ceux-ci viennent mettre à jour une probable problématique de perte et de séparation impossible des objets originaires chez Théodora. L'indentification des liens entre les personnages avec reconnaissance de la problématique œdipienne n'est possible que par une mise à distance dans un commentaire personnel où elle occupe la place de la mère. Elle ne peut occuper celle de l'enfant exclu du couple. Elle élude le désir pour le père et la rivalité avec la mère.*

Planche 3BM : Alors on sait pas si c'est un enfant ou un adulte. C'est bizarre. Mais du coup c'est un enfant qui s'est endormi comme ça (*fait le geste*) ou alors quelqu'un de complètement exténué et puis, euh, Peut-être une maman. Bah ouais de temps en temps on a des jours comme ça où c'est épuisant, on a l'impression qu'on va pas y arriver. Et puis bon ça reste que des moments dans la journée, heureusement que ça dure pas plus longtemps (rires). Donc ça va.

Procédés du discours : Alors on sait pas si c'est un enfant ou un adulte [A31 ; B33]. C'est bizarre [B21]. Mais du coup c'est un enfant qui s'est endormi comme ça (*fait le geste*) ou alors quelqu'un de complètement exténué et puis, euh, ... Peut-être une maman [A11 ; A31 ; B33 ; CI2 ; E23 ; A31]. Bah ouais de temps en temps on a des jours comme ça où c'est épuisant, on a l'impression qu'on va pas y arriver. Et puis bon ça reste que des moments dans la journée. Heureusement que ça dure pas plus longtemps (rires). Donc ça va. [CN1 car parle d'elle ; CN2-, B23 ; A24 ; CM3 ; CN2+ ; CI2].

Problématique de la planche : *La problématique de perte d'objet est évitée par Théodora qui ne peut évoquer ni affect dépressif ni représentation de perte d'objet. Finalement, la problématique est traitée sur un mode beaucoup plus narcissique qui laisse clairement transparaître les problématiques narcissique et dépressive bien qu'elles soient mises à distance par une possible conflitualisation interne (problématique - défense).*

Planche 4: La dame court après le monsieur. Je sais pas ce qu'il regarde le monsieur. Donc voilà elle essaie d'attirer son attention mais après est-ce que lui va bien répondre ? (rires).

Procédés du discours : La dame court après le monsieur [CI2 ; B24 ; B32]. Je sais pas ce qu'il regarde le monsieur [CI1 ; CI2 ; A11]. Donc voilà elle essaie d'attirer son attention mais après, est-ce que lui va bien répondre ? (rires) [CI2 ; B32 ; B23 ; CI2 ; CM3].

Problématique de la planche : *Les procédés labiles côtoient les procédés d'évitement du conflit à cette planche. Le pôle érotique est présent ainsi que le pôle plus agressif mais qui apparaît minimisé. La conflictualisation inter personnelle est présente à minima mais le récit reste marqué par l'inhibition.*

Planche 5: Alors quelqu'un qui ouvre une porte incendie. Alors c'est rigolo parce que l'attitude parce qu'effectivement ça fait penser à une maman parce que moi effectivement je vais regarder les enfants, si tout va bien, s'ils dorment bien. C'est un peu ça.

Procédés du discours : Alors quelqu'un qui ouvre une porte incendie [CI2 ; A11 ; CF1]. Alors c'est rigolo [B21] parce que l'attitude, parce qu'effectivement ça fait penser à une maman parce que moi effectivement je vais regarder les enfants, si tout va bien, s'ils dorment bien. C'est un peu ça. [A31 ; A11 ; B21 car altérité ; B12 ; B32].

Problématique de la planche : *Théodora s'identifie à la figure maternelle séductrice et interdictrice avec une reconnaissance de la curiosité sexuelle et de la pulsion scopique.*

Planche 6GF : Alors là, oui, c'est deux personnes, un homme et une femme. Alors la effectivement le coup d'œil est assez... Effectivement y'a un côté charme quelque part. J'ai pas tout à fait encore retrouvé (rires), on a beau me dire des fois j'aimerais bien qu'il ... (rires) *Qu'il vous regarde comme ça ?* Je dis pas qu'il me regarde pas comme ça mais voilà mais qu'on ait un peu plus de temps tous les deux (rires).

Procédés du discours : Alors là, oui, c'est deux personnes, un homme et une femme [A11]. Alors la effectivement le coup d'œil est assez... [B32 ; CI2]. Effectivement y'a un côté charme quelque part [B32 ; A31].

J'ai pas tout à fait encore retrouvé (rires)... [B21 ; CI2 ; CM3]. On a beau me dire des fois j'aimerais bien qu'il ... (rires) [CI2 ; B13 ; CM3 ; CN2- ; CI2 ; A24] *Qu'il vous regarde comme*

ça ? Je dis pas qu'il me regarde pas comme ça mais voilà mais qu'on ait un peu plus de temps tous les deux (rires). [A23 ; CI2 ; A24 ; B32 ; CM3].

Problématique de la planche : *Théodora est renvoyée aux fantasmes de séduction de type hystérique qui sont malgré tout mis à distance avec l'inhibition. L'on ne sait pas de l'homme ou la femme qui est l'agent séducteur.*

A travers les commentaires personnels qui suivent, l'on repère le désir et le besoin de plaire à son conjoint, d'être regardée et une problématique de perte d'objet.

Planche 7GF : Alors là c'est une dame. Alors là je sais pas ce que la petite fille elle a dans les, dans les, ce que la petite fille a dans les mains. C'est peut-être un bébé. Elle a pas l'air super heureuse (rires). Est-ce qu'elle le tient comme ça parce qu'il dort comme ça, ou elle regarde ailleurs et puis que la dame elle fait quand même attention (rires) à sa petite fille.

Procédés du discours : Alors là c'est une dame [A11]. Alors là je sais pas ce que la petite fille elle a dans les, dans les, ce que la petite fille a dans les mains. C'est peut-être un bébé [A34 ; CI1 ; A11 ; A31]. Elle a pas l'air super heureuse (rires) [CN2- ; E23 ; CM3]. Est-ce qu'elle le tient comme ça parce qu'il dort comme ça, ou elle regarde ailleurs [A31 ; A11 ; E41] et puis que la dame elle fait quand même attention (rires) à sa petite fille [CI2 ; CM1+ ; CM3 ; E31 ; E41].

Problématique de la planche : *Le rapproché mère-fille vient désorganiser Théodora du fait de la massivité des fantasmes. Le discours nous apparaît confus avec finalement une confusion identitaire entre la fille et le poupon. L'identification à la figure maternelle semble difficile, associée à des affects négatifs. C'est également la question du « holding » qui apparaît à cette planche, plutôt défailant de par la centration sur la qualité du portage puis la formation réactionnelle avec la représentation d'une figure maternelle étayante qui pourrait signifier un contre-investissement d'une représentation plus défailante. Cela d'autant que l'on repère de nouveau des procédés antidépressifs.*

Planche 9 GF : Voilà, ben je sais pas si c'est des sœurs, des copines. Elles ont l'air de, d'avoir un peu de temps là. C'est des illustrations là ou autre choses ? *Mmmh* Bon ben c'est des personnes qui sont sur le bord de mer, donc le bord de mer pour moi c'est les vacances, c'est

voilà. *Et qu'est-ce qu'elles sont en train de faire d'après vous ?* Euh comme tous les enfants on va dire, s'amuser voilà

Procédés du discours : Voilà, ben je sais pas si c'est des sœurs, des copines [CI2 ; B11 ; A31]. Elles ont l'air de, d'avoir un peu de temps-là [E42]. C'est des illustrations là ou autre choses ? [CM1] *Mmmh* Bon ben c'est des personnes qui sont sur le bord de mer. [CI2 ; A12 ; CF1]. Donc le bord de mer pour moi c'est les vacances, c'est voilà [CI2 ; A13]. *Et qu'est-ce qu'elles sont en train de faire d'après vous ?* Euh comme tous les enfants, on va dire s'amuser. Voilà [A13 ; CI2 ; A31 ; CM3].

Problématique de la planche : *La rivalité ne peut être traitée par Théodora. Elle est au contraire complètement éludée et contre-investie par des procédés factuels, d'évitement du conflit et maniaques. La reconnaissance de la rivalité œdipienne pourrait être représentée par la référence à la « mer » qui peut être entendue comme la « mère », néanmoins elle est massivement évitée. Les procédés maniaques et narcissiques laissent entendre que la rivalité, l'agressivité pourrait entraîner une perte de l'objet.*

Planche 10 : Alors là c'est deux personnes qui s'embrassent. Après quelle est leur relation... ? *S'adresse au bébé :* Ben oui on a vu la famille, c'est important la famille. *Puis de nouveau à nous :* Je pense que c'est important une relation même si, même si c'est pas la famille, d'avoir euh... Après avec un cliché comme ça c'est pas toujours évident. (rires)

Procédés du discours : Alors là c'est deux personnes qui s'embrassent [A11 ; CI2 ; B32]. Après quelle est leur relation... ? [B21 ; B11] *S'adresse au bébé :* Ben oui on a vu la famille, c'est important la famille [CN2+ ; CM1+]. *Puis de nouveau à nous :* Je pense que c'est important une relation même si, même si c'est pas la famille, d'avoir euh... [CL3 car porosité des limites ; A31 ; CN2+ ; CM1+ ; B11 ; CI2]. Après avec un cliché comme ça c'est pas toujours évident. (rires) [CN2- ; CI1 ; CM3 ; E42].

Problématique de la planche : *La relation de tendresse apparaît plus traitée dans une valence érotique mise à distance. La problématique de la planche laisse cependant apparaître de nouveau une problématique dépressive qui vient presque désorganiser le discours et qui entraîne une critique du matériel comme mise à distance.*

Planche 11 : Alors là c'est plus compliqué parce qu'on voit pas vraiment grand-chose. (7sec). Alors là ça me fait penser à un, votre autre test. Je vois pas vraiment un personnage. En fait ça me fait penser à, à un décor de conte de fées. Assez féérique. Ben je sais pas si j'aimerais bien y faire un tour en fait. C'est joli mais c'est un petit peu sombre (rires).

Procédés du discours : Alors là c'est plus compliqué parce qu'on voit pas vraiment grand-chose [B21 ; CI1 ; CL2]. (7sec) [CI1]. Alors là ça me fait penser à un, à votre autre test [B21]. Je vois pas vraiment un personnage [A31 ; → A23 ; A11 ; CI2]. En fait ça me fait penser à, à un décor de conte de fées [A31 ; CN3 ; A21]. Assez féérique [A21]. Ben je sais pas si j'aimerais bien y faire un tour en fait. C'est joli mais c'est un petit peu sombre (rires) [CL1 car porosité des limites ; A31 ; A24 ; B13 ; B24 ; B23 ; CN2+ ; CL2 ; CM3].

Problématique de la planche : *Théodora identifie tout à fait un matériel plus projectif car moins figuratif. Le recours au fictif et à l'imaginaire, dans une régression, traduit une tentative de mise à distance des problématiques prégénitales qui transparaissent néanmoins à travers une instabilité des limites. L'on note ainsi une ambivalence entre quelque chose d'investi positivement et pourtant angoissant et faisant vaciller les limites entre monde interne et monde externe.*

Planche 13B : C'est un enfant qui regarde, qui regarde de chez lui. Voilà, il regarde vers l'avenir (rires).

Procédés du discours : C'est un enfant qui regarde, qui regarde de chez lui. Voilà, il regarde vers l'avenir (rires) [A11 ; CF1 ; CI2 ; CM3].

Problématique de la planche : *La problématique de perte d'objet et de solitude est déniée par Théodora au moyen du surinvestissement du factuel, de l'inhibition et des procédés maniaques qui traduisent une problématique de perte d'objet.*

Planche 13MF : Alors si vous voulez que je vous raconte une histoire c'est le papa qui va aller au travail pendant que maman elle reste encore au lit parce qu'il se lève plus tôt. Je me lève après lui mais... Il a l'air fatigué. Oui la personne elle a l'air fatiguée. Enfin l'autre elle dort, alors elle est peut-être fatigué aussi (rires).

Procédés du discours : Alors si vous voulez que je vous raconte une histoire c'est le papa qui va aller au travail pendant que maman elle reste encore au lit parce qu'il se lève plus tôt [CF1]. Je me lève après lui mais... [CN1 car réf. perso] Il a l'air fatigué [CF1]. Oui la personne elle a l'air fatiguée [CI2 ; CF1]. Enfin l'autre elle dort, alors elle est peut-être fatigué aussi (rires) [CI2 ; CF1 ; A31 ; CM3]. [A34 ; CI2].

Problématique de la planche : *L'expression des pulsions libidinales et agressives est impossible pour Théodora qui évite le conflit par le surinvestissement de la réalité externe qui vient ainsi abraser les mouvements pulsionnels. La question du sommeil pourrait par ailleurs également représenter l'abrasion des pulsions et fantasmatiques en jeu. Il se peut que la planche sollicite une fantasmatique trop mortifère impliquant la question de la perte violente et de la destruction.*

Planche 19 : Là, on dirait, oui on peut dire que ça ressemble en partie à un train, à un train qui roule dans une montagne, ou alors une maison, isolée par la neige.

Procédés du discours : Là, on dirait, oui on peut dire que ça ressemble en partie à un train, à un train qui roule dans une montagne [A31 ++ ; A11 ; B24 ; A12]. Ou alors une maison, isolée par la neige [A31 ; A11 ; CN4].

Problématique de la planche : *Le récit de Théodora traduit une bonne différenciation entre dedans et dehors.*

Planche 16 : D'accord, bon ben qu'est-ce qu'on raconte là ? (5 sec). Euh que raconter d'autre ? Que y'a encore beaucoup de choses à faire, tous les jours, mais c'est bien d'avoir des projets. Si on les concrétise pas je crois qu'on serait en train de se poser des questions. Mais c'est des remises en questions à faire des fois sur certaines choses.

Procédés du discours : D'accord, bon ben qu'est-ce qu'on raconte là ? (5 sec) [B21 ; CM3 ; CI1]. Euh que raconter d'autre ? [B21 ; CM3] Que y'a encore beaucoup de choses à faire, tous les jours, mais c'est bien d'avoir des projets. Si on les concrétise pas je crois qu'on serait en train de se poser des questions. Mais c'est des remises en questions à faire des fois sur certaines choses. [A24 ; B23 ; CN1 ; CI2].

Problématique de la planche : *L'absence de support perceptif entraîne une réponse qui renvoie à son propre vécu subjectif. Celui-ci est marqué par le conflit interne entre désirs et défenses bien que tout reste inhibé, non précisé. La question du renoncement apparaît en filigrane et apparaît comme peut-être difficile pour Théodora.*

Comptabilité des procédés :

PROCEDES RIGIDES	PROCEDES LABILES	EVITEMENT DU CONFLIT	EMERGENCE DES PROCESSUS PRIMAIRES
A1 – Réf. A la réalité externe	B1 – Investissement de la relation	CF – Surinvestissement de la réalité externe	E1 – Altération de la perception
A11 +++	B11 +	CF1 ++	E11
A12 +	B12 +	CF2	E12
A13 +	B13 +		E13
A14	B14	CI – Inhibition +++	E14
		CI1	
A2 – Investissement de la réalité externe	B2 – Dramatisation	CI2	E2 – Massivité de la projection
A21 +	B21 +++	CI3	E21
A22	B22 ++		E22
A23 +	B23	CN – Investissement narcissique	E23 +
A24 ++	B24 +	CN1 +	
		CN2 ++	E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectaux
A3 – Procédés de type obsessionnel	B3 – Procédés de type hystérique	CN3 +	E31 +
A31 +++	B31	CN4 +	E32
A32	B32 ++	CN5	E33
A33	B33 +		
A34 +		CL – Instabilité des limites	E4 – Altération du discours
		CL1 +	E41 +
		CL2 +	E42 +
		CL3 +	E43
		CL4	E44
		CM – Procédés antidépressifs	
		CM1 ++	
		CM2	
		CM3 +++	

2.2.5. Analyse du protocole du TAT de Théodora

2.2.5.1. Synthèse des procédés

Le protocole du TAT de Théodora est un protocole riche rendant compte d'une certaine souplesse psychique. L'on retrouve des procédés rigides. La référence à la réalité externe donne un cadre au récit qui peut s'élaborer et se conflictualiser. L'on retrouve en effet un investissement prévalent de la réalité interne avec des conflits intra personnels et des allers-retours entre pulsions et défenses. Cela s'articule avec les procédés du doute comme les précautions verbales, le remâchage ou les hésitations entre interprétations différentes qui mettent en évidence la défense face aux problématiques des planches. L'on note également l'isolation entre les personnages dans un évitement de la problématique œdipienne.

L'on repère également des procédés labiles traduisant l'investissement de la relation et la présence d'affects. Ces derniers sous-tendent le désir et la conflictualisation (« aimerait »). Les conflits psychiques sont ainsi également présents sur un mode intra personnel sur un versant plus labile. L'ensemble du discours est également marqué par la dramatisation à travers de nombreux commentaires personnels qui rendent compte d'une angoisse face au matériel et d'une tentative de mise à distance de problématiques reconnues et identifiées par Théodora. Celles-ci s'avèrent notamment en lien avec la question œdipienne. L'angoisse concerne aussi le désir de « réussir », de « bien faire » et de répondre aux attentes qu'elle nous attribue, toujours dans quelque chose de rigide. Toujours dans les procédés labiles, l'on note l'érotisation des relations ainsi que d'autres procédés de type hystérique qui est la labilité des identifications.

Ces procédés rigides et labiles s'accompagnent d'un grand nombre de procédés appartenant à l'évitement du conflit. L'inhibition est ainsi très présente notamment à travers des banalisations, l'anonymat des personnages ou encore des motifs de conflits non précisés mais cela n'empêche pas au récit (et parfois aux conflits) de s'élaborer. Le surinvestissement de la réalité externe aux planches 2, 9GF, 13B et 13MF rend en revanche compte d'une impossible confrontation aux problématiques de rivalité œdipienne et dépressive. L'on note par ailleurs la prévalence des mécanismes d'investissement narcissique aux planches 3B et 10 où Théodora s'identifie massivement à la problématique de la planche au point d'y être happée et d'évoquer son propre vécu subjectif sur un versant de fragilité narcissique et dépressive. Les défenses maniaques sont également présentes en grand nombre sur l'ensemble du protocole et laissent donc penser à une problématique dépressive sous-jacente à une organisation plus névrotique de Théodora. Le besoin d'étayage semble, par ailleurs, plus manifester l'angoisse, le désir de bien faire, qu'un réel besoin d'étayage dans la dépendance à l'objet.

L'on note peu d'émergences de processus primaires exceptées aux planches 7GF et 9GF où la massivité des projections vient désorganiser le récit voire l'identité dans la confrontation à la figure maternelle.

2.2.5.2. *Synthèse des problématiques*

Du point de vue de la problématique œdipienne, la triangulation s'avère évitée par Théodora avec l'isolation entre les personnages qui sont reconnus et identifiés sexuellement. Cela traduit la reconnaissance de la problématique, évitée par ailleurs. Elle ne peut être évoquée que dans la référence à sa propre famille où elle occupe alors le rôle de mère. Elle refuse d'occuper la position de l'enfant exclu du couple et immature. Cela d'autant que l'on retrouve une configuration identique à la planche 1 où elle occupe la place de la mère et où la castration est finalement évitée. La rivalité œdipienne apparaît par ailleurs impossible à élaborer à la planche 9GF. Il semble que la rivalité pourrait renvoyer à la destruction et donc à la perte de l'objet maternel.

La planche 6GF permet l'évocation d'une relation érotisée, de même que la planche 10. Néanmoins, après avoir abordé et conflictualisé la problématique de ces planches, Théodora opère un retournement narcissique laissant apparaître une problématique narcissique et dépressive sous-jacente à la problématique œdipienne. La planche 4 permet la reconnaissance de l'ambivalence amour-haine à minima, portée par deux personnages sexuellement différenciés. Le fantasme de curiosité sexuelle et la pulsion scopique sont très investis par Théodora à la planche 5.

La problématique dépressive se repère également à travers le traitement des planches renvoyant à cette problématique. Théodora ne peut évoquer ni mettre en lien des affects dépressifs avec des représentations dépressives aux planches 3 et 13B. Cela vient questionner l'élaboration de la position dépressive. Par ailleurs, la problématique de la planche 3 entraîne à nouveau un investissement narcissique remettant au jour la double problématique narcissique et dépressive bien qu'elles puissent être mises à distance à l'aide de procédés rigides, de rationalisation par la suite. La question de la perte ne peut être abordée à la planche 13MF où les pulsions libidinales et agressives apparaissent clairement abrasées.

L'identification à la figure maternelle semble plus difficile pour Théodora dans la mesure où la planche 7GF met en évidence une confusion des identités et une désorganisation du récit sous le poids des projections. Il semble également que la fonction de « holding » soit défaillante. La relation à l'imgo maternelle est, quant à elle, marquée par un investissement régressif positif mais angoissant par ailleurs mettant à défaut les limites entre mondes interne

et externe. Pourrait-on parler d'un clivage entre bon et mauvais objet ? La planche 19 signe néanmoins une bonne différenciation entre monde interne et monde externe.

La planche 16 met en exergue un conflit psychique entre désir et défense ayant par ailleurs, semble-t-il, trait au renoncement.

2.2.6. Synthèse de l'analyse clinique des entretiens et tests projectifs de Théodora

Les entretiens sont marqués par l'inhibition portée par des procédés rigides, notamment les précautions verbales et la minimisation. Cela n'empêche pas la conflictualisation qui s'avère essentiellement présente sur un mode intrapsychique accompagnée de beaucoup d'ambivalences et de représentations contrastées. L'on note également des procédés labiles, moins nombreux. Il s'agit essentiellement de la verbalisation d'affects ou de procédés rendant compte de l'investissement de la relation objectale. Les processus primaires sont peu nombreux et apparaissent de façon transitoire lorsque Théodora aborde les relations avec sa mère et sa sœur ou encore son enfance.

Le protocole du Rorschach met en évidence une imprégnation par les fantasmes et les affects qui viennent fragiliser transitoirement le cadre entre monde interne et monde externe chez Théodora face aux fantasmatisques de la grossesse et aux problématique phallique, de castration. Le monde interne est abrasé mais malgré tout mobilisé à l'enquête, tandis que la sensibilité affective est présente mais difficilement canalisée par Théodora. Les processus défensifs s'avèrent riches (rigides, labiles, inhibition, projection face à la fantasmatisque de la grossesse) et s'avèrent relativement opérants malgré des désorganisations transitoires. Le surinvestissement des enveloppes ainsi qu'une qualité formelle inférieure à la norme nous semblent pouvoir être mis en lien avec l'état de grossesse de Théodora. La porosité des limites observées pourrait dès lors être une conséquence de la transparence psychique propre à la grossesse psychique. Le masculin phallique s'avère angoissant alors que le féminin régressif apparaît structurant. Le protocole laisse transparaître une problématique phallique-narcissique associée à une angoisse de castration ainsi qu'une problématique dépressive secondaire.

Le protocole du TAT rend également compte d'un fonctionnement psychique riche à travers des défenses rigides et labiles qui soutiennent la conflictualisation intrapsychique autant qu'intra personnelle et l'investissement de la réalité interne et des relations. La dramatisation rend compte de l'angoisse générée par la confrontation à la problématique œdipienne. L'évitement du conflit reste également présent au sein du protocole sous-tendu par l'inhibition

et le surinvestissement de la réalité externe comme défense face à la rivalité œdipienne et la problématique dépressive. Les défenses maniaques et narcissiques sont également plus présentes face à des problématiques par lesquelles Théodora est complètement happée.

Les entretiens et les tests projectifs mettent en évidence la difficile confrontation à la rivalité œdipienne autant qu'à la castration et au renoncement. Cette problématique œdipienne s'articule avec une problématique plus narcissique et une défaillance d'élaboration de la problématique de perte. Cette dernière semble néanmoins se situer dans une valence plus névrotique (relation objectale) qu'anaclitique.

Pendant la grossesse, les mouvements fœtaux et les échographies représentaient un support de rencontre avec le fœtus, favorisant également sa différenciation pour Théodora. Les représentations concernant son bébé restent cependant assez pauvres, ce que l'on rapporte essentiellement au fait qu'il s'agisse d'une quatrième grossesse où la « sensation d'inquiétante étrangeté » (Bydlowski, 2000) s'avère moins importante et le besoin d'anticipation également moindre par rapport à une première grossesse notamment. Cette grossesse est abordée avec sérénité bien qu'elle alimente un sentiment ambivalent à l'égard du fœtus puisqu'elle vient remettre en cause les idéaux professionnels et d'indépendance de Théodora. Cela se poursuit après la naissance à travers l'ambivalence entre centration sur ses enfants et son rôle de mère et désir de réinvestir d'autres activités et statuts, notamment dans le domaine professionnel.

Malgré l'élaboration de certains conflits infantiles au fil de ses grossesses ayant notamment trait à la problématique de séparation, cette actuelle grossesse réactualise des fantasmes autour de la rivalité fraternelle et de la difficulté à trouver sa propre place au sein de sa famille. Ces conflits sont projetés sur ses enfants, notamment à travers la recherche d'une égalité dans la relation avec eux. Ainsi, la rivalité œdipienne dans la relation avec sa mère et qui se trouve également déplacée sur les relations avec sa sœur, occupe une large partie du premier entretien. Elle semble se cristalliser autour de la maternité et du travail. Il apparaît également difficile de « dépasser » la mère bien qu'elle puisse à la fois s'y identifier et s'en différencier. Cela se poursuit finalement après la naissance de son fils. Théodora se sent ainsi remise en cause dans ses compétences de mère. Le défaut de reconnaissance et l'attente de valorisation de la part de ses parents est également massif et s'articule avec une blessure narcissique exacerbée.

La naissance de son dernier enfant vient remettre en jeu le désir de l'enfant imaginaire et le désir de réinvestir un emploi dans quelque chose de l'ordre de la sublimation. Chaque enfant vient « combler » un manque chez Théodora qui relève de la problématique de castration.

Les hospitalisations et les problèmes de santé mineurs de son fils sont source d'un intense sentiment de culpabilité liée à sa représentation de ce que doit être une « bonne mère ».

Le père de son fils est introduit dans le discours en tant que père et en tant que conjoint-amant mais semble finalement encore trop peu investi dans le soutien au quotidien. L'organisationnel, la gestion du quotidien prend en effet beaucoup de place pour Théodora.

ANNEXES PARTIE INSTITUTIONNELLE

1. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DES CSAPA ET UNITES D'ADDICTOLOGIE



PRISE EN CHARGE DES FEMMES TOXICOMANES QUESTIONNAIRE à destination des STRUCTURES EN ADDICTOLOGIE

Etat des lieux de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes dans l'ouest-normand

Ce questionnaire s'inscrit dans un travail de recherche portant sur l'évaluation de la qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane ou substituée.

La recherche s'effectue dans le cadre d'un projet de doctorat financé par la région (bas)-normande.

Son objectif principal est de déterminer si les modifications psychiques observées lors de la grossesse se poursuivent après la grossesse et s'ils sont un indicateur prédictif fiable de la qualité des futures relations mère-enfant.

L'un de ses objectifs secondaires est de faire un état des lieux de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes.

Promoteur : **CERReV** (Centre d'Etudes et de Recherches sur les Risques et les Vulnérabilités - Axe : Santé : Enjeux humains et sociétaux) - **MRS H** (Maison de la Recherche en Sciences Humaines) & **Université de Caen Normandie**, Esplanade de la paix, 14000 Caen.

Investigateur principal : **Anaëlle BAZIRE**, psychologue et doctorante de Psychologie Clinique et Pathologique à l'Université de Caen Normandie, sous la direction de Mme **Nadine PROIA-LELOUEY**, Professeur de Psychologie Clinique et Pathologique et co-responsable de l'axe « Santé » du CERReV.

Titre de l'étude : « *Toxicomanie et Maternité : La qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane* ».

Ce questionnaire est **anonyme**. Il est composé de 10 questions principales.

Il a pour but d'identifier les modalités de prise en charge des femmes toxicomanes (usagères de drogues illicites) ou sous TSO dans votre service/structure. Il questionne également les difficultés auxquelles vous, et l'ensemble des professionnels de votre équipe, pouvez être confrontés dans l'accompagnement de ces patientes, ainsi que vos éventuels besoins.

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de la recherche et nous vous remercions d'accepter d'y participer.

▪ **Question 1** - *Sur les années 2014 et 2015, combien de patients avez-vous accompagné (file active) ?*

- 2014 :
- 2015 :

▪ **Question 2** - *Sur les années 2014 et 2015, combien de femmes avez-vous accompagné ?*

- 2014 :
- 2015 :

▪ **Question 3** - *Sur les années 2014 et 2015, combien de femmes enceintes avez-vous accompagné ?*

- 2014 :
- 2015 :

▪ **Question 4** - *Concernant les femmes enceintes : (Soulignez la/les réponses)*

- Elles étaient déjà suivies dans le service/la structure avant la grossesse
- Elles sont arrivées dans le service/la structure suite à la connaissance de leur grossesse
- Elles étaient déjà sous TSO avant la grossesse
- La demande de TSO fait suite au désir de grossesse
- La demande de TSO fait suite à la connaissance de la grossesse

▪ **Question 5** - *La prise en charge proposée diffère-t-elle de la prise en charge d'une femme usagère de drogue ou sous TSO qui ne serait pas enceinte ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : en quoi ?

- Non

▪ **Question 6** : *Existe-t-il un protocole de prise en charge spécifique pour ces futures mères ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : Lequel ?

- Non.

▪ **Question 7** : *Souhaiteriez-vous l'existence d'un tel protocole formalisant la prise en charge de ces patientes ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : Pourquoi ?

- Non : Pourquoi ?

▪ **Question 8** - *Etes-vous en lien avec d'autres structures/services/professionnels dans l'accompagnement de ces patientes ? (Soulignez la/les réponse(s) et complétez si besoin)*

- **Oui** : Lesquels : - Service de maternité
 - Pédiopsychiatrie
 - Psychiatrie
 - PMI
 - Autres (lesquels).

Dans quel(s) but(s) ?

- **Non**

- Souhaiteriez-vous plus de liens/des liens avec d'autres structures/services/professionnels ? Lesquels et pourquoi ?

▪ **Question 9** - Rencontrez-vous des difficultés particulières dans l'accompagnement de ces patientes ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)

- Oui : Lesquelles ?

- Non

▪ **Question 10** - Souhaiteriez-vous plus d'informations/formations concernant la maternité/parentalité ?

- Oui

- Non

▪ **Autres remarques/questionnements**

Avec tous mes remerciements,

Anaëlle BAZIRE
Psychologue clinicienne, Doctorante en Psychologie
UNC, CERReV

2. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DES MATERNITE (/NEONATALOGIE)



PRISE EN CHARGE DES FEMMES TOXICOMANES QUESTIONNAIRE à destination des SERVICES DE MATERNITE

Etat des lieux de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes dans l'ouest-normand

Ce questionnaire s'inscrit dans un travail de recherche portant sur l'évaluation de la qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane ou substituée.

La recherche s'effectue dans le cadre d'un projet de doctorat financé par la région (bas)-normande.

Son objectif principal est de déterminer si les modifications psychiques observées lors de la grossesse se poursuivent après la grossesse et s'ils sont un indicateur prédictif fiable de la qualité des futures relations mère-enfant.

L'un de ses objectifs secondaires est de faire un état des lieux de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes.

Promoteur : CERReV (Centre d'Etudes et de Recherches sur les Risques et les Vulnérabilités - Axe : Santé : Enjeux humains et sociétaux) - MRSH (Maison de la Recherche en Sciences Humaines) & Université de Caen Normandie, Esplanade de la paix, 14000 Caen.

Investigateur principal : Anaëlle BAZIRE, psychologue et doctorante de Psychologie Clinique et Pathologique à l'Université de Caen Normandie, sous la direction de Mme Nadine PROIA-LELOUEY, Professeur de Psychologie Clinique et Pathologique et co-responsable de l'axe « Santé » du CERReV.

Titre de l'étude : « Toxicomanie et Maternité : La qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane ».

Ce questionnaire est **anonyme**. Il est composé de 7 questions principales.

Il a pour but d'identifier les modalités de prise en charge des femmes toxicomanes (usagères de drogues illicites) ou sous TSO dans votre service. Il questionne également les

difficultés auxquelles vous, et l'ensemble des professionnels de votre équipe, pouvez être confrontés dans l'accompagnement de ces patientes, ainsi que vos éventuels besoins.

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de la recherche et nous vous remercions d'accepter d'y participer.

▪ ***Question 1- En moyenne, combien de femmes enceintes toxicomanes ou sous TSO (usagères de drogues illicites ou sous traitement de substitution aux opiacés (méthadone et subutex). (Alcool et cigarette exclus) sont prises en charge dans votre service/structure par an ? (Soulignez la réponse)***

- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

▪ ***Question 2- Sur ces femmes :***

- *Quelle est la proportion de femmes déjà sous traitement de substitution avant la grossesse ?*

- *Quelle est la proportion de femmes qui demandent/acceptent la mise en place d'un traitement de substitution pendant la grossesse ?*

▪ ***Question 3- Comment avez-vous connaissance de leur addiction/TSO ? (Soulignez la/les réponse(s) et complétez si besoin)***

- Elles vous l'annoncent
- Leur entourage vous donne l'information
- Leur médecin traitant vous transmet l'information
- Leur médecin addictologue vous transmet l'information
- Leur gynécologue/sage-femme libéral vous transmet l'information
- Vous l'apprenez après la grossesse, quand le bébé fait un syndrome de sevrage néonatal
- Vous l'apprenez par hasard en la « surprenant »
- Autre :

▪ **Question 4-** *Lorsque vous avez connaissance de leur addiction/TSO :*

- *La prise en charge proposée diffère-t-elle de la prise en charge d'une femme enceinte lambda avec une grossesse non-pathologique ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : en quoi ?

- Non

- *S'agit-il d'une prise en charge équivalente à celle d'une grossesse pathologique ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : En quoi ?

- Non

- *Existe-t-il un protocole de prise en charge spécifique pour ces futures mères ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : Lequel ?

- Non.

- *Souhaitez-vous l'existence d'un tel protocole formalisant la prise en charge de ces patientes ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)*

- Oui : Pourquoi ?

- Non : Pourquoi ?

▪ **Question 5-** *Etes-vous en lien avec d'autres structures/services/professionnels dans l'accompagnement de ces patientes ? (Soulignez la/les réponse(s) et complétez si besoin)*

- **Oui** : Lesquels :
- Service d'addictologie de l'établissement
 - Service d'addictologie extérieur à l'établissement
 - Pédopsychiatrie
 - Psychiatrie
 - PMI

- Autres (lesquels).

Dans quel(s) but(s) ?

- Non

- Souhaiteriez-vous plus de liens/des liens avec d'autres structures/services/professionnels ? Lesquels et pourquoi ?

▪ **Question 6-** Rencontrez-vous des difficultés particulières dans l'accompagnement de ces patientes ? (Soulignez la réponse et complétez si besoin)

- Oui : Lesquelles ?

- Non

▪ **Question 7-** Souhaiteriez-vous plus d'informations/formations concernant la problématique addictive et/ou la parentalité chez les parents addicts ?

- Oui

- Non

▪ **Autres remarques/questionnements**

Avec tous mes remerciements,

Anaëlle BAZIRE
Psychologue clinicienne, Doctorante en Psychologie
UNC, CERReV

Résumé en français : La maternité des femmes dépendantes aux substances psychoactives est aujourd'hui une question de santé publique. Notre recherche porte sur la prédictivité potentielle des remaniements psychiques observés pendant la grossesse de femmes toxicomanes sur la qualité du processus de maternalité et l'investissement de l'enfant. Elle correspond ainsi à une étude clinique et projective psychodynamique de l'évolution du fonctionnement psychique et des représentations liées à l'enfant de la femme toxicomane et/ou substituée devenant mère. Pour ce faire, nous nous appuyons sur l'analyse d'entretiens semi-directifs et de tests projectifs de femmes consommatrices d'opiacés et/ou sous traitement de substitution aux opiacés et de femmes non toxicomanes, entre le dernier trimestre de grossesse et les un an de l'enfant. Un second versant de cette étude propose un état des lieux des modalités d'accompagnement des femmes enceintes et mères consommatrices de drogues illicites sur le territoire Ouest-Normand ainsi qu'un projet d'accompagnement spécifique et pluridisciplinaire de cette population, élaboré au sein d'un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Mots-clés : *Toxicomanie, Addiction, Grossesse, Maternité, Relations mère/parent-enfant, Tests projectifs*

Résumé en anglais : Motherhood among women addicted to psychoactive substances is a public health concern. Our research concerns the predictive potential of the psychic reorganizations observed during pregnancy on the quality of motherhood process and of investment of the child. It is thus a psychodynamic clinical and projective study of the evolution of the psychic functioning and the representations bound to the child of drug addict woman and/or woman receiving opiate substitution treatments becoming a mother. In order to do this, we rely on the analysis of semi-directive interviews and projective tests of women opiate users and/or women receiving opiate substitution treatments and of non-addicted women, between the last quarter of pregnancy and on one year old of the child. A second part of this study proposes a state of play of welfare measures for pregnant addicted women and addicted mothers on West-Norman territory. It also proposes a project of specific and multidisciplinary accompaniment of this population which is developed within a CSAPA (Center of addiction care, support and prevention).

Key words : *Drug addiction, Pregnancy, Motherhood, Mother/Parent-child links, Projective tests*