

**Constance ROCHER-BARRAT**  
**Numéro étudiant : 96 70 82 60**  
**Année universitaire 2003-04**  
**Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique**

**La maternité adolescente :**  
*« les aléas du lien »*

**Professeur responsable : Madame Caron**

**Université Charles de Gaulle - Lille III -**

## Remerciements

Je tiens à remercier vivement Monsieur Pascal Monseu, directeur du foyer « La Clairière » qui m'a accueillie au sein de son établissement. J'ai particulièrement apprécié ses qualités humaines.

Je remercie également Madame Stéphanie Leroy, ma maîtresse de stage, au côté de qui j'ai pu découvrir plus concrètement les fonctions du psychologue dans un centre d'éducation maternelle. Je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée et pour sa disponibilité face à mes multiples questionnements.

Puis toute ma gratitude va envers Madame Caron, psychologue clinicienne, enseignante à l'Université Charles-de-Gaulle-Lille 3 et directrice de mon mémoire, pour m'avoir éclairée dans ma démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils tout en offrant une grande liberté dans la réalisation de ce travail ; mais aussi pour tout ce qu'elle nous a transmis au cours de ces études de psychologie, notamment son humanité à l'égard de chaque personne.

Je souhaite remercier tout particulièrement les mères qui ont accepté de témoigner sur leur vécu quant à la maternité et pour la richesse de leur témoignage.

Enfin, la réalisation de ce mémoire n'aurait pu être achevée sans le concours de nombreuses personnes m'ayant soutenu par un conseil, un encouragement, et une présence tout au long de cette année, principalement ma famille et mes proches.

Avant propos.....	p.4
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>p.7</b>
I- Du désir d'enfant au lien mère-enfant.....	p.7
A) Le désir d'enfant.....	p.7
B) La transparence psychique due à la grossesse.....	p.11
C) « Parentalité » ou « devenir parent » ?.....	p.12
D) L'attachement.....	p.15
E) L'ambivalence.....	p.18
F) Les interactions précoces entre le bébé et sa mère.....	p.25
G) Les carences de soins maternels.....	p.28
II- L'adolescence, qu'est-ce que c'est ?.....	p.36
A) Les transformations physiques.....	p.36
B) Les transformations psychiques.....	p.38
C) L'approche génétique d'Erikson.....	p.40
D) L'interprétation psychanalytique.....	p.44
E) Manifestations potentiellement psychopathologiques à l'adolescence.....	p.48
F) La maternité adolescente.....	p.55
<b>PARTIE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>p.62</b>
I- Problématique et hypothèse de travail.....	p.62
II- Méthodologie de vérification des hypothèses.....	p.63
A) Présentation du lieu de la recherche.....	p.63
1- Historique.....	p.63
2- Le personnel.....	p.65
3- Spécificité de l'institution.....	p.66
4- Ateliers proposés.....	p.67
B) Population rencontrée pour la recherche.....	p.68
C) Les outils utilisés.....	p.69
D) Démarche.....	p.71
<b>PARTIE CLINIQUE.....</b>	<b>p.73</b>
<i>Julie, 17 ans et Gabin, 2 mois.....</i>	<i>p.73</i>
A) Présentation de cas.....	p.73
B) Anamnèse.....	p.73
C) Histoire de la grossesse.....	p.74
D) Julie et son fils dans différentes situations du quotidien.....	p.74
E) Entretiens cliniques par thèmes.....	p.76

<i>Amélie, 16 ans et Maxime, 16 mois</i> .....	p.85
A) Présentation de cas.....	p.85
B) Anamnèse.....	p.85
C) Histoire de la grossesse.....	p.86
D) Amélie et son fils dans différentes situations du quotidien.....	p.87
E) Entretiens cliniques par thèmes.....	p.89
 <i>Clotilde, 16 ans et Olivia, 5 mois</i> .....	p.96
A) Présentation de cas.....	p.96
B) Anamnèse.....	p.96
C) Histoire de la grossesse.....	p.97
D) Clotilde et sa fille dans différentes situations du quotidien.....	p.98
E) Entretiens cliniques par thèmes.....	p.99
 <b>DISCUSSION-CONCLUSION</b> .....	p.106
 Références bibliographiques.....	p.114

## Avant propos

Un certain nombre de bébés nés de mères adolescentes sont enregistrés chaque année en France ( environ 4000 enfants de mères mineures). Le fait que celles-ci choisissent de garder et d'élever leur enfant est un élément relativement nouveau, qui amène à s'interroger tant sur le sens du geste que sur ses conséquences pour elles, leurs parents et même pour la société dans son ensemble. La question de la maternité adolescente fait ainsi l'objet de recherche dans différents domaines comme la sociologie ou la psychologie.

Un tel sujet amène les psychologues à mettre au jour les souffrances et difficultés de ces jeunes mères et de leurs enfants. L'objectif de ces recherches vise à mieux connaître et mieux comprendre leur itinéraire, de les penser dans leur singularité afin de mieux les accompagner. Nous souhaitons analyser avec plus de profondeur ce qui touche ces mères adolescentes et le parcours de leur maternité.

Les recherches dans ce domaine s'intéressent plus souvent au sens que revêt cette grossesse à l'adolescence, sa valeur narcissique par exemple fait souvent l'objet de recherche. Sans occulter l'importance du sens de ces maternités qui nous servira aussi pour notre propre réflexion, nous nous intéresserons davantage au lien, à sa nature, entre la jeune mère et l'enfant. En quoi la maternité à l'adolescence peut interférer sur le lien mère-enfant ? Ne risque t-il pas d'être mis en difficulté du fait de la jeunesse de la mère, elle-même a priori en plein remaniement psychique? Notre présence tout au long de l'année auprès de mères mineures et de leur enfant au Centre d'Education Maternel : « La Clairière », permettra de guider notre réflexion.

Nous commencerons dans une première partie par présenter deux notions clés : en premier lieu l'itinéraire qui mène du désir d'enfant au lien mère-enfant ; et en second lieu, nous définirons à la lumière d'idées développées par certains auteurs, ce qu'est l'adolescence. Nous développerons dans une seconde partie, la méthodologie mise en place pour réaliser notre étude. Ensuite, nous présenterons avec précision les quelques cas retenus pour fonder notre recherche. Enfin, une

discussion tentera d'articuler notre questionnement à la rencontre avec ces jeunes mères et de leur enfant.

# PARTIE THEORIQUE

## I- Du désir d'enfant au lien mère-enfant

### A) Le désir d'enfant

Désirer un enfant<sup>1</sup> se présente souvent comme une démarche consciente et raisonnable, parfois même délibérée, voire programmée. Ce souhait conscient s'intègre dans un plan de vie en relation avec les idéaux sociaux et familiaux de chaque sujet. Mais ce projet conscient est toujours infiltré de significations inconscientes qui viendront faire retour dans cet étranger – familier = enfant -. Ailleurs, le projet conscient est complètement débordé, inexistant : la venue d'un enfant traduit à l'état pur la mise à jour – la mise en corps – des désirs inconscients. Pourtant, la diffusion des techniques modernes de contraception tend à occulter ce fait qu'on espère ensevelir, mais qui revient obstinément à la surface : la transmission de la vie échappe complètement ou partiellement à ceux qui la transmettent. L'intention ancienne d'un programme volontaire des naissances, dont l'application moderne est efficace dans l'apparence, participe d'une idéologie qui vise à recouvrir l'ingérence de l'inconscient, et à nier que c'est un souhait inconscient ignoré d'elle qui détermine le nombre d'enfants qu'une femme peut ou non avoir.

Les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de marques significantes qui seront transmises à leur insu au même titre que le souffle biologique.

Dans ce passage, le terme de « signifiant » du désir inconscient ou de « marque signifiante » doit être pris dans son sens immédiat. Il vient désigner tout signe repérable renvoyant à un sens caché, à une signification enfouie. Pour en faciliter l'exposé, nous classerons de façon un peu artificielle ces signifiants transmis à l'enfant à naître en deux groupes. Certains sont des *signifiants littéraux*, ils sont immédiatement énonçables dans la parole, ce sont les lettres et les nombres qui composent les noms, prénoms, date de naissance et de conception de l'enfant.

---

<sup>1</sup> Monique Bydlowski, *Les enfants du désir*, psychanalyse à l'université, Tome IV, décembre 1978.

D'autres sont moins directement énonçables ; on pourrait les qualifier de *signifiants corporels* dans la mesure où ils viennent indiquer que l'inconscient de chacun des parents va prendre corps dans un espace psychocorporel neuf : l'enfant. Car l'enjeu est bien de constituer ce nouveau corps ; l'enfant à venir va prendre vie somato-psychique dans un réseau de représentations qui lui préexistent et qui sont gérées par la tendance répétitive de l'inconscient. C'est ainsi que l'enfant est d'avance porteur des avatars libidinaux inscrits dans la biographie de ses ascendants, de leur rapport aux deuils significatifs et à la différence des sexes. L'enfant à venir dans son corps et son psychisme est lieu de projection du capital représentatif de ses parents, cependant une modulation d'agencement tout à fait imprévisible qui fait le caractère unique et spécifique de chaque enfant à naître.

Transmettre la vie, c'est transmettre des signifiants qui se feront éventuellement reconnaître après coup. Le temps de la gestation est un moment privilégié pour repérer certains d'entre eux<sup>2</sup> :

### **1- L'enfant du désir oedipien**

Freud<sup>3</sup> n'en dit pas long sur le désir d'enfant : désir d'obtenir du père le pénis, relayé par celui d'en avoir un enfant ; l'enfant devenant l'« ersatz » du désir de pénis. Cette proposition indique que le désir incestueux interviendrait dans toute grossesse. Après la naissance, il tend à se refouler. Mais cette proposition implique que le seul désir incestueux est en jeu dans le désir d'un enfant. Le désir d'enfant exprimerait alors un désir de réparation narcissique, un « désir de recevoir en cadeau du père un enfant, de mettre au monde pour lui ». C'est là une vue générale qui se module de façon singulière chez chaque femme, semble-t-il.

---

<sup>2</sup> Monique Bydlowski, *Les enfants du désir*, psychanalyse à l'université, Tome IV, décembre 1978

<sup>3</sup> Freud :G.W. XV, p.137.

## 2- L'ombre de la mère<sup>4</sup>

L'inceste n'est qu'un versant du désir d'enfant. Des signifiants repérables au cours de la grossesse viennent traduire l'émergence du désir inconscient et son inscription dans le corps de l'enfant, sur un registre non oedipien. L'œdipe n'est qu'un versant de la maternité qui s'inscrit aussi sur le versant du même sexe. En enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge en se différenciant d'elle. Le moment venu, elle a donc à « rendre des comptes » à sa propre mère, à lui régler en quelque sorte, sa « dette de vie » comme l'écrit Bydlowski (2000).

G. Groddeck<sup>5</sup> écrivait déjà que les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant ; la vengeance barre la transmission. Sur ce versant homosexuel de la maternité, enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi.

Conduire à terme une grossesse sous-entend assumer que le miroir se trouble, que l'image de la jeunesse que jusque là il reflétait, se brise pour laisser s'entrevoir un autre reflet, le reflet identificatoire à la mère vieillissante, l'approche implicite de sa propre mort. La stérilité permettrait cette économie, le refus de s'inscrire dans une lignée de femmes par non-reconnaissance de la dette maternelle.

## 3- La grossesse pour la grossesse :

Certaines grossesses n'ont d'autre finalité qu'elles-mêmes<sup>6</sup> ; le désir d'un enfant en tant qu'être figuré et distinct de soi, ne tenant aucune place dans les discours. Ces grossesses vécues sans doute selon un régime de jouissance ne seront perturbées que par l'inévitable accouchement... et l'intérêt pour l'enfant ne sera pas aux proportions du plaisir de la gestation.

E. Pasini (1984) distingue le désir d'enfant et le désir de grossesse : certaines femmes expriment en fait le désir de vivre une grossesse, pour l'impression de

---

<sup>4</sup> Freud, *L'ombre de l'objet (perdu) tombe sur le moi...*, in *Deuil et Mélancolie*, G.W, X, 435.

<sup>5</sup> Groddeck, *Le livre du ça*, Gallimard, 1963.

<sup>6</sup> Monique Bydlowski, *Les enfants du désir*, psychanalyse à l'université, Tome IV, décembre 1978

complétude qu'elle procure, pour prouver à soi quelque chose, et quelquefois aux autres, qu'elles sont capables de procréer, mais elles ne sont pas pour autant prêtes à accorder au bébé le statut désirant, prêtes à le recevoir dans son altérité.

Cette discordance entre désir de grossesse<sup>7</sup> et désir d'enfant peut aussi avoir des retentissements durant la grossesse et se percevoir à l'occasion d'un symptôme : par exemple une menace d'accouchement prématuré. Ces deux aspects coexistent, en proportion variable et à des moments différents, chez toutes les futures mères. Pour la grande majorité d'entre elles, quand les possibilités du moi le permettent et que l'entourage et les conditions (sociales, familiales, médicales) sont favorables, le dépassement du conflit s'effectue de manière structurante et débouche sur un remaniement profond et maturatif de l'identité, qui permet la transition vers la parentalité.

#### **4- L'enfant et la différence des sexes :**

Si « désirer c'est se représenter l'objet manquant »<sup>8</sup>, aucun objet réel – fut-ce un enfant – ne peut venir à satisfaire la représentation. A peine né, l'enfant réel est décevant... presque toutes les accouchées parlent déjà du prochain enfant qu'elles vont concevoir. C'est dire que l'enfant du désir manque alors à l'appel. C'est dire que l'espace de cette déception, cette brèche entre le désir et l'enfant qui en naît, est ce qui le protège de la psychose : car c'est bien la psychose qui est en jeu, lorsque l'enfant vient de façon quasi métonymique<sup>9</sup>, sans écart, combler, entrer en coalescence<sup>10</sup> avec le désir inconscient matériel. Fantasmer un « prochain » enfant face à celui qui vient de naître, c'est avoir recours à un tiers séparateur et laisser une place vacante où l'enfant naissant pourra grandir.

Si l'enfant ne peut être qu'objet de désir, il en va de même pour son sexe, et la place vacante peut être celle de l'autre sexe : « je ne voulais qu'un seul enfant mais puisque c'est une fille, je recommencerai pour avoir un garçon » entend t-on souvent (ou bien l'inverse). On voit parfois l'application désespérée de certains

---

<sup>7</sup> Deleau et Weil Barais, *La périnatalité*, Bréal, septembre 2003.

<sup>8</sup> Montrelay, *Recherches sur la féminité*, Critique, 1970, n°278, p.654-674.

<sup>9</sup> Métonymie : procédé par lequel on exprime le tout par la partie.

<sup>10</sup> Coalescent : qui ne forme qu'un bien que formé de pièces d'origines distinctes.

enfants de mimer le sexe qu'ils n'ont pas pour tenter de satisfaire, au pied de la lettre, le désir maternel : un enfant de l'autre sexe. Si la déception à propos du sexe peut n'être que l'apparence de la déception tout court, il en va parfois autrement.

Dans la continuité de cette première partie, nous évoquerons l'état psychique de la mère sensiblement modifié à l'occasion de la grossesse.

## **B) La transparence psychique due à la grossesse**

Il revient à D.W. Winnicott d'avoir, le premier, observé l'existence d'un état psychique anormal chez des femmes normales récemment accouchées. C'est cet état particulier qui, en l'absence de l'enfant, pourrait être pris pour une authentique pathologie mentale qu'il désigne par l'expression « *préoccupation maternelle primaire* ». Selon Winnicott, « cet état se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accru pendant la grossesse, et spécialement à sa fin ». Dans un deuxième temps, Stern (1985), Lebovici (1988), et Cramer (1988) ont mis en relation les contenus psychiques maternels avec les réactions du nourrisson. Les soins et contacts quotidiens avec le bébé sont faits d'une myriade d'interactions où sont communiqués des intonations, des sourires, des expressions consolantes contre la faim, le sentiment de solitude ou d'abandon. Dans ces gestes de soins, la jeune mère met en actes des représentations (son passé, ses souvenirs, ses bonheurs et ses traumatismes). Le thème des interactions comportementales et fantasmatiques précoces a ainsi dirigé l'attention et l'intérêt vers les contenus psychiques maternels en amont des premiers soins, pendant la grossesse.

Lors de la grossesse, la transmission des représentations psychiques<sup>11</sup> se fait de façon concomitante à la transmission biologique. La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience. Dire que la grossesse est un moment de crise psychique n'est pas une idée neuve. Certains auteurs,

---

<sup>11</sup> Monique Bydlowski, *La dette de vie*, PUF, mars 2000, p.91,92.

Erikson (1968) notamment, ont déjà effectué ce rapprochement. Selon ce dernier, chaque étape du cycle vital comporte l'exigence d'un certain nombre de tâches, et de leur exécution dépend le passage à l'étape suivante. Autant dire qu'à l'instar de l'adolescence, la période de la grossesse est, de façon essentielle, une période de conflictualité exagérée, une période de crise maturative. Cela est à comprendre comme une crise qui se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais qui se présente aussi comme une recherche et comme un engagement dans de nouvelles virtualités. En fait cette crise contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle.

Comment repère-t-on cette transparence psychique chez la femme enceinte ? Dès les premières semaines de la grossesse, la transparence psychique est de repérage aisé car l'équilibre habituel de la jeune femme est ébranlé. Ce concept peut être décomposé en deux termes qui sont spécifiques de la grossesse, quel qu'en soit le stade de développement. Il s'agit en premier lieu d'un état relationnel particulier que nous considérons comme un état d'appel à l'aide latent, ambivalent et quasi-permanent, tout comme à l'adolescence. Une authenticité particulière du psychisme, un certain radicalisme évoquent aussi l'adolescence. En deuxième lieu, pour ces femmes, la corrélation entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles va de soi, sans soulever de résistance notable. L'état de conscience paraît modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient abaissé. Ces femmes établissent sans gêne une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations de leur passé. Des fantasmes habituellement oubliés, des réminiscences anciennes affluent en force à la mémoire, sans être barrés par la censure.

Quelles sont les raisons de cette transparence ? La réponse paraît tenir dans l'existence d'un double phénomène : l'abaissement des résistances habituelles face au refoulé inconscient ; d'autre part, l'hyper-investissement dont le nouvel objet psychique - l'enfant est l'enjeu.

Ces dispositions nouvelles, cet état d'appel à l'aide à un référent qui serait solide et bienveillant, sont vivement ressentis par les praticiens consultés<sup>12</sup>. Elles sont aussi les conditions favorables pour construire une alliance thérapeutique. Cette alliance favorisera, si elle a lieu, le dévoilement de fantasmes et de souvenirs potentiellement pathogènes. Partagé avec le thérapeute, tel souvenir chargé d'affect, tel fantasme envahissant perdra sa charge émotionnelle. L'impression ancienne se dissoudra au fil des entretiens, favorisant une plus grande disponibilité de la jeune mère à l'égard de son nouveau-né.

Attendre un enfant implique la notion de parentalité, c'est ce que nous allons évoquer ensuite.

### **C) « Parentalité » ou « devenir parent » ?**

« On ne naît pas parent, on le devient »<sup>13</sup>. On parle alors de transition vers la parentalité. Si l'imaginaire qui conduit au désir de mettre au monde un enfant se prépare déjà durant la prime enfance et l'adolescence du futur parent, la période décisive où se met en place la capacité d'être parent se situe certainement durant la grossesse, et tout au cours des premiers mois et des deux ou trois premières années de l'enfant. La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969,1973,1980) aide à comprendre comment se développent désirs et affects (nous en parlerons davantage dans une prochaine partie), tout cet ensemble comportemental et représentationnel qui s'appelle parentalité.

#### *Qu'entend-t-on derrière le concept de parentalité ?*

Le terme « parentalité »<sup>14</sup> fut introduit dans les années soixante. Il est lié à de profondes mutations dans les rapports homme-femme et dans les rapports parents-enfants, historiquement stigmatisé par la littérature relative au « conflit de

---

<sup>12</sup> M. Bydlowski, *La dette de vie*, PUF, juillet 2002, p.94.

<sup>13</sup> Michel Dugnat, *Devenir père, devenir mère*, Erès, mai 2000.

<sup>14</sup> A. Bouregba, *Les troubles de la parentalité*, Dunod, avril 2002.

génération ». Du point de vue lexical, ce néologisme est le résultat d'une double dérivation. Au radical initial « parent » est joint le suffixe « al ». Une flexion obtenue par l'ajout d'un suffixe a pour conséquence de changer la fonction d'un mot. Dès lors que le suffixe « al » introduit la notion de qualité, l'adjectif « parental » peut être attribué à toute propriété relative à l'état de parent. Les devoirs relatifs à l'enfant et le droit que cela implique, constituent donc une propriété qui peut être qualifiée de parentale.

Dans la perspective sociologique<sup>15</sup>, la parentalité se résume à l'inventaire des différentes fonctions sociales qu'un parent, le père ou la mère indifféremment, doit assurer. Il en ressort que le concept de parentalité s'insère dans une approche fonctionnaliste qui privilégie l'adaptation des conduites parentales aux besoins affectifs, cognitifs et socio-économiques d'un enfant. La satisfaction de ces besoins, définis a priori, est évaluée selon les progrès faits par l'enfant dans sa capacité à la socialisation, voire à l'insertion dans les circuits de production et de consommation. Ces approches fonctionnalistes et comportementales sont parfois dénégatives de la vie psychique et, dans leur version les plus modélisatrices, elles réduisent l'homme à une machine, un opérateur défini par son rôle et son utilité.

Le néologisme « parentalité »<sup>16</sup> s'attache a priori davantage à la description de « l'être parent » (à quoi sert un parent, ses rôles et leurs finalités) qu'à celle du « devenir parent » (comment devient-on parent).

L'expression « exercice de la parentalité » désigne les procédures qui, dans une société et une époque déterminées, permettent d'identifier le parent et les attributions relatives à son statut. Il ne suffit pas d'être géniteur pour exercer l'autorité parentale. L'ethnologie en a donné quelques exemples de cultures dans lesquelles l'autorité sur l'enfant n'est pas assurée par le géniteur.

L'exercice de la parentalité constitue une dimension idéologique et symbolique. Les croyances, les représentations et les règles explicites délimitent, dans la

---

<sup>15</sup> A. Bouregba, *Les troubles de la parentalité*, Dunod, avril 2002.

<sup>16</sup> A. Bouregba, *Les troubles de la parentalité*, Dunod, avril 2002.

société ou la communauté, les principes d'authentification de la parentalité et ses attributions. Cet ensemble conceptuel d'identification permet à tout individu de se représenter et d'évaluer ses conduites et ses attitudes parentales. Ces dernières constituent les pratiques de la parentalité. Celles-ci sont composées de l'ensemble des comportements communs au plus grand nombre de parents dans une société donnée et à une époque déterminée. Elles représentent une série d'exigences normatives qui varient considérablement d'une société à l'autre et d'une époque à l'autre. Aujourd'hui, une pression importante s'exerce sur les parents pour qu'ils acquièrent un savoir-faire psycho-éducatif. Les liens qui unissent l'enfant et son parent ne se limitent pas à l'intérêt que ce dernier peut éprouver pour le développement harmonieux de son rejeton.

Pour les psychologues comme pour les psychanalystes<sup>17</sup>, la parentalité est un processus qui se prépare inconsciemment depuis l'enfance<sup>18</sup>, activé à l'adolescence sous l'influence de facteurs physiologiques et actualisés lors de la naissance de l'enfant (Bemedek, 1959). La parentalité serait donc une épreuve psychique dont l'issue ne serait pas certaine, notamment lorsqu'elle émergerait sur un terrain psychique déjà problématique, carencée en raison d'une petite enfance mal métabolisée.

L'observation et la recherche montrent que l'essentiel du devenir de l'enfant se joue surtout dans la qualité de l'interaction parents-enfant. Ce que nous développerons dans une partie ultérieure sur l'attachement.

Nous préférons pour cela l'utilisation de l'expression « Devenir parent » à celui du concept de « Parentalité » qui nous semble plus restrictif, davantage rattaché à une norme définissant une fonction qui pourtant apparaît difficilement définissable ; et si elle le devient, elle porte le risque de devenir figée. Il semble plus pertinent d'envisager cette fonction comme un processus continu et non figé : on pourrait même parler de « parent en devenir » plutôt que de « devenir parent » ; un processus vécu différemment par chacun et dont l'adéquation dépend

---

<sup>17</sup> Andesi, *La parentalité en questions*, ESF, avril 2002, p.69.

<sup>18</sup> Le jeu de la poupée chez les petites filles, leur apprentissage des gestes et des rôles en seraient les prémisses, la première expression de ce désir d'enfant retrouvé à l'âge adulte.

de nombreux facteurs internes à chaque culture qu'elle soit familiale, sociale ou personnelle.

Le parent<sup>19</sup> tire sa légitimité d'un ordre intégré à l'inconscient, et qui a son équivalent dans les principes d'authentification parentale. L'exercice de la parentalité peut ainsi contrarier ou renforcer la capacité d'un individu à se légitimer comme parent. Certes, cette légitimité est motivée, ou non, par l'empreinte inconsciente des relations à ses propres parents, notamment à celui du même sexe.

A la notion de parent, nous associons souvent celle de l'attachement, ce lien qui le lie à l'enfant. Mais qu'entend-on précisément par « attachement » ?

#### **D) L'attachement**

La perspective de l'attachement a suggéré que les modes de comportements parentaux tendent à se transmettre entre les générations (Bowlby, 1973), elle évoque la participation de facteurs biologiques et cognitifs.

Un autre constituant de l'amour maternel et de l'amour mutuel va nouer le parent à son petit, c'est l'attachement. Ce concept a été décrit par les éthologues observant les comportements animaux. Ils concernent les conduites instinctives et finalisées qui lient de façon obligatoire la mère à ses petits pendant la période de l'élevage.

Le psychanalyste, Bowlby a repris le concept d'attachement dans l'étude des premiers liens unissant la mère à son bébé. Dans la version humaine, on sait que le bébé a tendance à s'agripper à celle qui le soigne, que, lorsqu'il pleure, il est calmé par les paroles, le contact est à la prise dans les bras de sa mère mais aussi de toute personne bienveillante s'engageant auprès de lui. Le très jeune enfant

---

<sup>19</sup> A. Bouregba, *Les troubles de la parentalité*, Dunod, avril 2002.

développe un lien puissant avec celle ou celui qui lui prodigue des soins attentionnés. En retour, il induit chez ceux-ci un comportement soignant, base de l'attachement durable de l'adulte.

C'est la douce nourrice de Juliette, dans Roméo et Juliette, qui témoigne de la force de ce lien et s'exclame :

*«Que Dieu te marque de sa grâce,  
tu étais le plus beau bébé que j'aie nourri  
Et si je vis assez vieille pour te voir un jour mariée  
Tous mes vœux seront accomplis (...)  
(...) je suis ta bête de somme et je peine pour ton plaisir.*

Cet attachement réciproque avec la personne soignante paraît répondre chez l'humain à un besoin primaire, au même titre que les autres besoins de l'auto conservation. Ce lien et les processus qui le sous-tendent sont actuellement l'objet de multiples recherches pour ceux qui s'intéressent aux premiers développements de l'enfant. L'attachement va nouer entre eux deux êtres vivants, au travers du corps à corps et de tous les modes de communication sensoriels : allaitement, odeurs et sons, les perceptions cutanées, échanges silencieux de regards.

A la lumière de travaux plus récents<sup>20</sup> (Fonagy et al., 1993) on sait désormais que les modèles internes d'attachement que conservent les jeunes parents de leurs relations ont une forte tendance à être transmis à leur enfant : on s'aperçoit que des mères assurées en elles-mêmes ont à l'âge d'un an des enfants « sécures », des mères « insécures » ont des enfants peu sûrs d'eux. La théorie de l'attachement, à la base de ces travaux, apporte les fondements théoriques qui expliquent en grande partie ces résultats : le concept de « modèles internes » de Bowlby permet de comprendre qu'une jeune mère qui a peu reçu de sa propre mère, et qui conserve tristesse, colère et rancœur de ces premières années, trouve difficile de s'occuper à plein temps d'un bébé qui attend tout d'elle, et qui le demande souvent avec intensité. Ce petit pourrait même réveiller chez cette mère rivalité et

---

<sup>20</sup> Michel Dugnat, *Devenir père, devenir mère*, Erès, mai 2000.

jalousie – « pourquoi lui, et pas moi ? » - et ces affects intenses peuvent être d'autant plus inhibiteurs des capacités parentales qu'ils sont devenus inconscients parce que trop douloureux. Pour expliquer cette transmission, Fonagy a élaboré une hypothèse fondée sur la capacité ou l'incapacité du parent à comprendre les signaux affectifs de son nourrisson et à y répondre adéquatement ou non, conduisant à l'internalisation par l'enfant de la capacité soit à contenir sa détresse soit à s'en défendre de la même façon que le parent ( Fonagy et al., 1995).

L'attachement permet donc à l'enfant de développer un sentiment de confiance incomparable. Si ce lien est bien sécurisant, le bébé pourra en grandissant, utiliser son parent comme une base pour explorer l'environnement. Cette nécessité maternelle de rester un rivage peut entrer en conflit avec ses autres désirs d'activité. Des jeunes femmes renoncent ainsi à allaiter au sein leur bébé, redoutant par avance, parfois de façon inconsciente, d'anticiper la séparation inéluctable à leur prochaine reprise de leur travail. Elles préfèrent s'engager moins pour moins souffrir ensuite.

Les recherches montrent aussi que les modalités du lien d'attachement sont éminemment transmissibles. Une femme ayant développé autrefois un lien non sécurisant avec sa propre mère risque, selon une très lourde probabilité, de répéter le modèle non sécurisant avec son bébé. On peut invoquer les avatars de ce lien extraordinairement puissant entre le nourrisson et la personne soignante, à l'origine de certains cas de dépression du sujet adulte.

Bowlby<sup>21</sup> souligne la tendance des mères insécurisées « à chercher, consciemment ou inconsciemment à renverser la relation en faisant de leur enfant leur propre figure d'attachement ». La négligence des besoins de l'enfant, la priorité donnée aux besoins de la mère, sont susceptibles d'enduire un mode d'attachement anxieux chez l'enfant, facteur de risque de dépressions ultérieures.

Il aurait été brusquement séparé de la personne qui le soignait quand il était bébé et n'aurait jamais pu, par la suite, stabiliser une relation de confiance.

---

<sup>21</sup> Henri Chabrol, *Que sais-je ? : Les dépressions de la maternité*, PUF, octobre 1998, p. 115-116.

L'attachement à lui seul, puis les soins maternels, sont fondateurs d'amour mutuel et de ce sentiment océanique tellement particulier qui unit l'adulte à son bébé.

L'approche psychanalytique permet de comprendre quelque peu la répétition transgénérationnelle par les déviations du développement induites par la perturbation des relations précoces. Il s'enclenche ainsi une dynamique pathogène active tout au long de l'enfance et de l'adolescence, entretenue par les interactions négatives entre les troubles du développement de l'enfant et les troubles des relations parent-enfant. La grossesse et la naissance réactivent les conflits infantiles insuffisamment résolus de la mère qui vont s'externaliser dans la relation mère-bébé. Le mécanisme de projection joue un rôle majeur dans la viciation des interactions précoces aboutissant à la répétition transgénérationnelle des troubles de la relation et des troubles du développement.

Dans un second temps, dans la continuité de l'attachement (le versant positif du lien) nous allons aborder l'ambivalence maternelle qui entend à la fois des sentiments de haine et d'amour à l'égard de l'enfant.

## **E) L'ambivalence maternelle**

### **1- Définition**

Le terme d'ambivalence est aujourd'hui très fréquemment utilisé que ce soit dans un grand nombre d'ouvrages et d'articles consacrés à l'étude des maladies mentales que dans le langage courant, dépassant alors les limites de l'univers des psychiatres, des psychologues.

## 2- Mais qu'est ce que l'ambivalence ?

Le terme prend ses racines dans la langue latine : ambo = deux, et valere = valoir. Le Larousse (1980) donne la définition suivante au concept d'ambivalence : « *relation à un objet dans laquelle le sujet éprouve simultanément des sentiments contradictoires (principalement l'amour et la haine)* ».

Bleuler est le premier à l'utiliser (1911) dans son ouvrage « *Démence précoce et Groupe de schizophrénies* »<sup>22</sup>. Il crée non seulement le mot mais l'idée. Après avoir pris une diversité de sens que nous ne précisons pas ici et devant l'importance de ce concept, les différents courants de psychologie en dégagent pourtant une définition commune qui vient compléter celle du dictionnaire :

***L'ambivalence est une disposition des forces affectives et actives, c'est-à-dire des tendances, qui se caractérisent par la coexistence chez une personne de deux tendances opposées, en conflit.***

La psychanalyse a fait de l'ambivalence la structure mentale primitive qui se retrouve au fond de tous les troubles psychiques, et même dans une grande partie de la pensée normale.

L'ambivalence maternelle<sup>23</sup> n'est pas un accident de la relation de la mère à l'enfant mais une nécessité structurante dont le manque lui-même induit une pathologie et qui peut lui-même évoluer vers une pathologie. La démarche clinique ne vise pas à « supprimer » l'ambivalence mais à en permettre une certaine reconnaissance, élaboration qui ferait qu'elle s'exerce de façon structurante et pour la mère et pour l'enfant. L'ambivalence peut s'avérer « négative » ou « positive » ou encore « destructrice » et mortifère ou vitale et « structurante »<sup>24</sup>. Cette haine, dont le point d'origine est supposé du côté de la mère et non du côté de l'enfant. A partir de là se pose la question de savoir ce qui se noue psychiquement dans la relation d'une mère à son enfant et qui verra cette

---

<sup>22</sup> Boutonier, *La notion d'ambivalence*, Privat, 1972, p.9 et 86.

<sup>23</sup> M. Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, Septembre 2001, p.11-12.

<sup>24</sup> M. Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, mai 2002, p.11.

haine originare se résoudre en haine vitale, c'est-à-dire évoluer dans le registre de l' « abandon ». C'est ce que nous allons tenter de développer.

### **3- L'amour maternel : un amour teinté d'ambivalence**

Le désir d'enfant le plus vif et l'amour maternel le plus authentique peuvent pourtant s'associer au v eu inverse : voir disparaître l'enfant. L'ambivalence est inscrite au cœur de tout amour humain, et l'amour maternel ne fait pas exception<sup>25</sup>. Les femmes qui identifient en elles des sentiments négatifs à l'égard de leur enfant sont souvent très inquiètes.

L'amour maternel, le « vrai », c'est le mythe d'un amour pacifié, non ambivalent, entièrement dévoué à l'objet. L'enfant submergé, dans un processus de survie, peut, dans un symptôme, demander grâce et sauver ainsi son désir. Tels sont les ravages de l'amour maternel.

Dans la relation singulière à la mère se joue de l'amour et de la haine, se joue *de la vie et de la mort*. L'amour et la haine à l'égard des personnes qui sont les plus proches sont normalement mélangés en chacun.

S'ils sont méconnus et maintenus dans l'inconscient, les v eux de mort à l'égard de l'enfant sont guett s par deux destins possibles : d'abord leur transformation en idéalisation de l'objet qu'ils visent. Bien souvent, les enfants trop ardemment désirés sont parfois difficiles à vivre. Ils portent la charge écrasante de devoir être à la hauteur des attentes qui les ont précédés, d'être des enfants parfaits. L'autre évolution des v eux de mort normaux est leur transformation en surprotection anxieuse. Ainsi, certaines mères réveillent leur nourrisson pour s'assurer qu'il est toujours vivant ou bien font autour de lui, la chasse aux microbes ou à la pollution. Boris Vian<sup>26</sup> a résumé cette situation en une phrase qu'il met dans la bouche d'une mère : « *Je l'aime tant que je ne pense qu'à ce qui peut lui arriver de pire* ».

---

<sup>25</sup> M. Bydlowski, *Je rêve un enfant*, Odile Jacob, Février 2000, p.66.

<sup>26</sup> Boris Vian, *L'Arrache cœur*, Paris, Pauvert, 1962.

A l'intérieur de cette relation de pouvoir qu'est la relation mère-enfant, l'ambivalence se révélera « positive » ou « négative »<sup>27</sup>. On parlera d'*ambivalence positive* lorsque la mère ne sera pas submergée d'angoisse par la demande de l'enfant et pourra le nourrir, ni trop, ni trop peu. Autrement dit, ni imaginaire spécularisé, ni réel inintégré, ni « pur » besoin, la faim de l'enfant sera reçue comme une réalité extérieure symbolisable pour tous les deux. C'est aussi celle qui offre à la fonction paternelle l'espace et le temps de permettre la coupure, la séparation. On parlera d'*ambivalence négative* si l'enfant rencontre trop de déceptions lorsque sa demande angoisse trop la mère et que cette angoisse se met à les envahir tous les deux : le corps prend alors une image de corps mort. Si rien n'est symbolisé, se fait jour une hyper idéalisation visant à contourner la haine nécessaire comme structurant l'amour : *la haine, c'est ce qui pourrait structurer l'amour maternel, comme un amour qui autoriserait l'enfant à vivre.*

#### **4- La haine vitale pour contrer la fusion**

De l'impossible de la fusion mère-enfant<sup>28</sup>, émergerait ce qui se trouve noué du côté d'une haine imaginaire ayant, en tant que telle, pris le pas sur l'amour. De l'intégration de la nécessaire défusion, subsisterait la « juste bonne haine » symbolique, celle qui permet à l'agressivité de ne pas basculer dans le registre de la violence. C'est le processus de la désillusion qui procède de la défusion. Progressivement, en nuances, l'illusion pour l'enfant d'être uni à la mère, l'illusion en écho pour la mère de ne faire qu'un avec l'enfant se perdent et préparent l'enfant à la « capacité d'être seul », c'est-à-dire, autre et sexué. La perte est symbolique et subjectivement nécessaire aux deux (l'enfant et la mère). Elle est inhérente à la continuité et à la permanence de la fonction de la parole maternelle à l'inverse du vide qui interrompt la continuité.

---

<sup>27</sup> Michèle Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, Mai 2002, p.13.

<sup>28</sup> Michèle Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, mai 2002, p. 18.

Le concept de haine d'un point de vue symbolique se développe grâce à la déprivation. La mère « suffisamment haineuse »<sup>29</sup> fait lien dans le partage. Cela signifie que la haine soit nécessaire à toute séparation. Pour haïr quelqu'un, il faut qu'à l'origine on l'ait aimé et pour s'en séparer, il faut que malgré cet amour on puisse le haïr. C'est ce qui fonde la dynamique de l'ambivalence. La naissance, dans ce qu'elle ce qu'elle comporte de violent, peut faire trauma pour la mère, et l'enfant demeurer bouche-trou de cette dernière rendue incapable de s'occuper de lui, de le reconnaître dans son altérité et dans sa totalité. Il conserve ainsi son statut d'objet partiel, voir d'objet « réel ». C'est ce que nous allons aborder.

### **5- L'autre traumatisme de la naissance : l'accouchement**

La grossesse peut faire l'objet de gratification interne pour la mère car l'objet est interne pour la mère. A la naissance, l'objet devient externe et nouveau. L'accouchement constitue l'événement capital, il y a une rupture dans le corps. Ce changement nécessite un nouvel équilibre relationnel à trouver<sup>30</sup>. Dès que la mère inscrit l'enfant dans l'ordre des vivants, elle s'inscrit dans celui de la mortalité. Après l'accouchement, la mère doit faire le deuil de l'enfant porté, de celui qui vient de naître. De la violence auxquelles les femmes sont soumises en donnant naissance à l'enfant peut surgir de la haine.

La violence, qui approche du trauma, et qui pourrait représenter l'accouchement pour une femme, peut laisser cette dernière aux prises avec un bouleversement inexorable, une grande fragilité subjective et nécessiter donc un accompagnement psychothérapeutique. Ce dernier peut reposer sur la reconnaissance, la traversée et le dépassement du fantasme de mort de l'enfant, de l'idée du sacrifice, sur la symbolisation d'une haine imaginaire dirigée contre l'enfant rendu coupable de l'état de mère en une haine vitale et structurante, permettant que la séparation symbolique d'avec l'enfant se superpose à la coupure réelle qu'est l'accouchement. Symbolisation d'une violence des affects maternels pouvant verser dans une violence comportementale à l'endroit de l'enfant, en une

---

<sup>29</sup> Michèle Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, mai 2002, p. 19.

<sup>30</sup> M. Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, mai 2002, p.19.

agressivité qui tiendrait mère et enfant hors de danger. Ce chemin, cet investissement de l'enfant, est reconvoqué à chaque étape du développement de l'enfant.

## **6- La haine destructrice**

La fonction, la parole maternelle nécessite pour s'exercer sans trop d'angoisse une continuité. Permanence sans cesse menacée de ruptures, voire de fractures, par la demande même de l'enfant en général et par ce qui peut révéler et symboliser la rupture ou la fracture (maladies, symptômes de l'enfant, départs, sevrage...morts) en particulier. Là, nous ne sommes plus dans l'élaboration d'une reconnaissance de la haine vitale mais dans une confrontation à la haine destructrice. Si la haine vitale relève de la perte, de la castration, la haine destructrice quant à elle repose sur l'absence, le vide (sans mot, sans explication, sans raison) insupportable et injuste.

## **7- La haine symbolique : une nécessité**

Par conséquent, la haine symbolique est vitale pour la mère et l'enfant. L'amour sans ambivalence abolit les distances et entraîne l'amour meurtrier. Freud (1932) parle à ce propos d'« échange précoce essentiellement ambivalent ».

Plus tard, par exemple, lorsque l'enfant grandit, l'objet transitionnel symbolise (ni la mère ni l'enfant) cet espace qui les tient à la fois suffisamment proches et suffisamment éloignés. Ce dernier ne peut se développer que grâce à la présence d'une certaine ambivalence dans la relation mère-enfant. La mère supporte l'absence alors de son enfant puisque pouvant se le représenter, autrement dit le fantasmer, elle distinguera le champ du désinvestissement de celui de la séparation, et celui de la séparation de celui de la mort<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Winnicott, *La haine dans le contre-transfert*, d'après un exposé fait à la Société britannique de psychanalyse, 1947.

L' « entre-deux », c'est l'espace même de l'ambivalence<sup>32</sup>. Envisagées de la sorte, les absences de la mère, lorsqu'elles alternent avec sa présence et ses soins, offrent à l'enfant un espace de « créativité » propice à la subjectivation. C'est parce que la mère s'absente, qu'il va devoir et pouvoir la créer, l'inventer, et ce, grâce au langage.

Les deux points évoqués auparavant, l'attachement et l'ambivalence, peuvent être évalués à travers l'observation des interactions précoces. Ainsi, nous allons aborder cette notion.

## **F) Les interactions précoces entre le bébé et sa mère**

La perspective interactive a été considérée comme une véritable « révolution méthodologique » ( Kreisler, 1990) dans l'approche du développement précoce. Cette démarche initiée par les travaux de Bowlby (1988) sur l'attachement ( Lamour et Lebovisci, 1989 ; Kreisler, 1990) s'est inspirée du point de vue « communicationniste » centré non plus sur le sujet, mais sur les échanges entre individus et du point de vue « éthologiste » privilégiant l'observation du comportement. La perspective de l'interaction a conduit depuis quelques années à la multiplication des travaux sur les relations du bébé et de son entourage, modifiant ainsi l'ancienne image du nourrisson essentiellement passif pour imposer celle du bébé actif « compétent » et impliqué dans une conversation riche et diversifiée. Nous nous intéresserons ici plus spécialement aux interactions précoces entre le bébé et sa mère<sup>33</sup>.

Dans l'interaction mère-bébé, nous pouvons distinguer le plus souvent trois niveaux d'interaction, comportemental, affectif et fantasmatique, dans une démarche allant des phénomènes observables aux mécanismes psychiques conscients, préconscients et inconscients qui les sous-tendent. Ces interactions

---

<sup>32</sup> M. Benhaïm, *L'ambivalence de la mère*, Erès, mai 2002, p.20.

<sup>33</sup> Henri Chabrol, *Que sais-je ? Les dépressions de la maternité*, PUF, octobre 1998, p.56.

représentent trois dimensions d'un même phénomène dont l'évaluation fait appel à une subjectivité croissante<sup>34</sup> :

### **1- Les interactions comportementales :**

Elles se définissent comme l'ensemble des échanges directement observables entre le bébé et sa mère, se situant dans différents registres dont trois principaux : visuel, corporel et vocal.

Dans l'interaction normale, la mère, sensible à l'aspect cyclique de la disponibilité du bébé, tend à adapter ses propres communications en fonction du rythme du bébé : la règle la plus importante pour le maintien d'une interaction semble être le développement par la mère d'une sensibilité pour la capacité d'attention de son bébé et pour son besoin de retrait partiel ou complet, après une période d'attention (Brazelton, 1982). Cependant, l'interaction normale n'est pas toujours parfaitement régulée. Certains auteurs ont constaté que des périodes de régulation satisfaisante alternaient avec des périodes d'inadéquation.

### **2- Les interactions affectives :**

Selon l'expression de Lebovici (1983), dans les six premiers mois, mère et bébé vivent dans un « bain d'affects ». Winnicott (1974) a décrit les phénomènes de specularité où le bébé retrouve chez sa mère en miroir ses propres affects, se percevant lui-même à travers les états affectifs qu'il déclenche chez sa mère. Très souvent, la mère ressent empathiquement l'état affectif de son bébé et lui en propose une sorte d'interprétation qu'elle exprime par sa mimique, ses vocalisations, ses gestes. Ces phénomènes caractérisent également l'interaction père-bébé. L'évaluation des interactions affectives a été d'une part abordée en se basant sur l'évaluation subjective exprimant le vécu empathique de l'observateur, d'autre part, en tentant de développer une évaluation plus objective sur les comportements.

---

<sup>34</sup> Henri Chabrol, *Que sais-je ? Les dépressions de la maternité*, PUF, octobre 1998, p.56,57.

L'étude des communications non verbales a permis de commencer à comprendre les mécanismes qui sous-tendent les échanges affectifs de la mère et du bébé. L'observation des interactions a permis de préciser le phénomène « d'accordage affectif » : au comportement maternel d'imitation reproduisant dans le même canal l'expression affective du bébé s'ajoute, quand le bébé est proche de neuf mois, la transposition intermodale où l'expression du bébé est reproduite par la mère sur un ou plusieurs autres canaux. Par exemple, à un geste du bébé répondra une vocalisation de la mère, d'amplitude et de durée similaire.

L'étude de l'accordage et de ses déviations peut ainsi aider à percevoir comment les désirs, les peurs, les fantasmes des parents influencent leurs relations au bébé et le développement de l'enfant.

### **3- Les interactions fantasmatisques :**

Si l'influence de l'imaginaire et des fantasmes maternels sur l'interaction et le développement du bébé fait l'objet d'un certain consensus, par contre, l'interaction fantasmatisque suscite un débat qui divise le monde analytique. On a pu mettre en doute la réalité de l'existence de la vie fantasmatisque du bébé dans les premières semaines et les premiers mois, son rôle dans le développement du bébé, la réalité et le mécanisme de l'influence des fantasmes du bébé sur l'interaction ; et enfin la possibilité de les évaluer par l'observation de la relation. La grossesse, l'accouchement puis la présence du bébé bousculent et déstabilisent les aménagements défensifs de la mère comme du père et réactivent brutalement les problématiques insuffisamment élaborées. Les conflits oedipiens et les conflits archaïques sont ravivés et peuvent s'externaliser dans la relation au bébé. Cramer (1990) souligne le rôle de la projection dans ce mouvement d'externalisation. Ces mécanismes de projection impliquent le bébé dans les « scénarios imaginaires ». Le bébé est ainsi engagé « dans des scénarios familiaux » par la « transmission transgénérationnelle » d'un mandat « familial » (Lebovici, 1991). Ces projections se manifestent par la façon dont les parents – la mère ici – ressentent et interprètent le comportement du bébé. Le parent projette sur le bébé un aspect

d'une personne importante de son passé qu'il avait introjecté et il va alors reproduire avec le bébé un aspect des relations passées avec cette personne. Le comportement à l'égard du bébé va refléter les conflits infantiles auxquels cette personne du passé était liée. Les pulsions qui étaient en jeu et les défenses qui s'établissaient contre elles. Le sens du comportement parental peut-être saisi au cours de ce que Cramer (1995) appelle « des séquences interactives symptomatiques ».

L'évaluation indirecte des fantasmes parentaux peut recourir à l'entretien avec les parents recueillant leur histoire, l'histoire de la famille, du couple, de la grossesse, de l'accouchement, des premières semaines et des premiers mois du bébé et les associations de pensée, les rêves et les rêveries qui y sont liés.

Dans les interactions fantasmatisques au cours des premiers mois, il paraît cliniquement plus important d'évaluer l'influence des fantasmes parentaux sur les représentations qu'ils ont du bébé et de ses comportements interactifs et de repérer leurs influences négatives sur la relation et le développement psychique du bébé. Il en reste pas moins que le concept sur les interactions fantasmatisques propose une approche stimulante des origines de la vie psychique et ouvre une voie féconde pour les thérapies mère-bébé.

Parfois, l'observation des interactions précoces entre la mère et l'enfant ou leur absence mettent en évidence des distorsions du lien. Ainsi, nous allons aborder quelques-unes de ces carences maternelles susceptibles de mettre l'enfant en danger.

## G) Les carences de soins maternels

Nous parlerons de la notion de carence<sup>35</sup> dans le sens d'une carence prolongée et sérieuse s'exerçant à l'encontre d'un enfant. Les différentes expressions cliniques de la carence recouvrent toute sorte d'épreuves de gravité variable et les répercussions dépendent d'une infinité de facteurs qu'il faut étudier et situer.

La classification de Bowlby (1958) distingue diverses situations et selon lui « l'insuffisance de la relation de dépendance peut être liée à trois conditions »:

- 1- *Absence de mère ou de substitut maternel ;*
- 2- *Discontinuité de la relation avec l'objet maternel ;*
- 3- *Insécurité des relations avec l'objet maternel.*

Les deux premières conditions impliquent une séparation réelle, soit par absence (privation), soit par perte (déprivation). Nous nous intéresserons ici davantage à la troisième condition.

Quoiqu'il en soit il convient de distinguer<sup>36</sup>:

- l'**insuffisance** d'interactions que sous-tend la carence,
- la **distorsion** des interactions, quelle que soit leur importance quantitative,
- la **discontinuité** des relations engendrées par la séparation.

Ces trois dimensions, *insuffisance*, *distorsion*, et *discontinuité*, tendent à se fondre dans une notion unique : la carence maternelle.

Le terme « carence » désigne l'insuffisance de la relation mère-enfant, qu'elle soit ou non en rapport avec une discontinuité ou une distorsion.

---

<sup>35</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.412-415.

<sup>36</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.412-415.

« Séparation » s'applique à une discontinuité des relations qu'elle s'accompagne ou non d'insuffisance ou de distorsion.

« Distorsion » englobe divers types d'interactions qui semblent avoir un effet défavorable sur le développement ultérieur de l'enfant indépendamment de toute question d'insuffisance ou de discontinuité. Il est bien évident que ces trois dimensions de la « carence » peuvent être associées dans la description d'un même cas.

Nous citerons les suites pathologiques les plus graves :

### **1- La séparation :**

On doit distinguer la notion de séparation du concept de carence maternelle, car la première n'implique pas obligatoirement la seconde. Il semble préférable de ne parler de séparation mère-enfant que s'il y a interruption d'une relation déjà formée. Robertson<sup>37</sup>, dans une étude clinique, distingue trois phases de la réaction à la séparation :

- Une phase de protestation, pendant laquelle l'enfant pleure, montre des signes de détresse aigus et met en œuvre tous les moyens limités dont il dispose pour retrouver sa mère.
- Une phase de désespoir au cours de laquelle l'enfant est de plus en plus dérouteré, se renferme en lui-même et relâche ses efforts de reconquête de la mère qu'il semble tenir pour disparue à jamais.
- Une phase de détachement au cours de laquelle l'enfant se comporte comme s'il s'installait dans la séparation, accepte les soins de n'importe quel substitut maternel et perd tout attachement à sa mère.

Les effets de la séparation varient selon la phase de réaction face à la séparation dans laquelle se trouve le sujet, et celle-ci dépend à son tour de facteurs tels que

---

<sup>37</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.412-415.

l'âge au moment de la séparation, la durée de la séparation et l'existence d'un substitut maternel pendant la séparation, le maintien des contacts avec les parents, et la qualité de l'adaptation et des relations avant l'épisode de la séparation. Ce que nous savons de la genèse des étapes de la relation objectale se trouve vérifié par la constatation clinique selon laquelle la séparation d'avec la mère est spécialement dangereuse au moment où la relation objectale vraie s'établit, c'est-à-dire à partir du septième ou huitième mois, en tout cas, à la fin de la première année.

## **2- Séparations répétées :**

Les études longitudinales directes de nourrissons et de jeunes enfants montrent que la répétition de séparations plus ou moins brèves, soit avec leur mère, soit avec son substitut, arrive à reproduire des effets équivalents apparemment à ceux d'une carence précoce prolongée et sévère. Ceci est sans doute dû à la rupture renouvelée des liens et des investissements objectaux, qui entraînent des mécanismes de défense, se traduisant dans le comportement par une attitude de désintérêt<sup>38</sup>.

Il ne faut pas oublier que nous avons tendance à minimiser le nombre de séparations subies par un enfant. En effet, là où nous ne comptons qu'un déplacement ou un changement de milieu, l'enfant subit en fait plusieurs séparations successives et plusieurs ruptures de lien avec les adultes : c'est ainsi qu'il passe généralement par des lieux différents pour de courts séjours, avant de retrouver une certaine stabilité.

---

<sup>38</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.412-415.

### **3- La dépression anaclitique :**

Spitz (1946) appela dépression anaclitique l'état d'hébètement stuporeux où sombre l'enfant privé de soins maternels. Il emploie le terme dépression en raison de la similitude observée avec le tableau clinique de la dépression chez l'adulte. Voici la description clinique qu'en donne Spitz<sup>39</sup> :

*Premier mois* : les enfants deviennent pleurnichards, exigeants, et s'accrochent à l'observateur qui prend contact avec eux.

*Deuxième mois* : les pleurs se transforment en glapissements. Il y a perte de poids. Arrêt du progrès du développement.

*Troisième mois* : refus de contact, position pathognomonique (couché à plat ventre dans leur berceau la plupart du temps). Insomnie. La perte de poids continue. Tendance à contracter des maladies intercurrentes. Généralisation du retard moteur. Rigidité de l'expression faciale.

*Après le troisième mois* : la rigidité du visage est établie et persiste. Les pleurs cessent et sont remplacés par de rares geignements. Le retard augmente et devient léthargie.

L'une des conditions nécessaires pour que l'enfant contracte la dépression anaclitique est qu'il soit préalablement en de bonnes relations avec sa mère ; c'est une chose frappante mais lorsque les relations maternelles étaient mauvaises, les nourrissons séparés de la mère présentaient des troubles de nature différente. Cette observation est une preuve de plus pour l'importance des relations objectales pendant la première année et des conséquences de la nature particulière de cette relation.

### **4- L' hospitalisme :**

Spitz (1965) étudia des enfants vivant en institutions, recevant des soins physiques parfaits mais gravement carencés sur le plan des soins maternels. Ces enfants,

---

<sup>39</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.412-415.

après avoir passé par les premiers stades de la privation partielle, sombrèrent dans un état grave<sup>40</sup> :

« Complètement passif, ces enfants gisaient dans leur lit, le visage vide d'expression ou l'expression souvent idiote, la coordination oculaire souvent déficiente. Il ne pouvait même plus se retourner dans leur lit, et bientôt apparurent des troubles moteurs rythmiques, par exemple des mouvements bizarres des doigts qui rappelaient les mouvements catatoniques ou décérébrés ».

Spitz propose une explication méta-psychologique :

Ces deux affections démontrent que lorsque la carence des relations objectales rend impossible la décharge des pulsions agressives, le nourrisson retournera l'agression sur soi-même, sur le seul objet qui lui reste.

D'autres facteurs sont susceptibles de fragiliser l'enfant et diffèrent des qualités de la mère elle-même, c'est ce que nous allons aborder.

## **5- Mères multiples et mères supplémentaires**

*Nous distinguerons ici plusieurs types de situations qui nous paraissent indispensables<sup>41</sup>:*

- Existence d'une figure maternelle principale et partage assurant des soins suffisants à l'enfant, mais souvent remplacée par un autre substitut maternel ; ceci amène une discontinuité dans les relations mère-enfant.
- Absence de figure maternelle principale et partage des soins entre un grand nombre de personnes qui, à elles toutes, n'offrent pas assez de possibilités d'interaction, enfants-adultes.

---

<sup>40</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.412-415.

<sup>41</sup> Cahier de l'OMS, *L'enfant à l'hôpital*, n° 9-1, 1955.

- Maternage à la fois multiple et discontinu (ex : séjour prolongé pour un enfant dans un hôpital où la règle veut que le personnel passe successivement d'un service dans un autre).
- Partage du soin de l'enfant entre un petit nombre de figures maternelles qui assurent une interaction enfant-adultes suffisante et continue.

Les théoriciens de la carence maternelle n'ont cependant pas tous préconisé une relation bilatérale exclusive entre mère et enfant comme l'idéal à rechercher. En effet, ils préfèrent l'élevage par une figure maternelle principale, qui n'est pas obligatoirement la mère biologique et dont les soins seront complétés par ceux d'autres personnages comprenant en particulier une figure paternelle.

## **6- La carence paternelle**

On a souvent reproché aux théoriciens de la carence maternelle d'avoir négligé la notion de carence paternelle. R.G Audry <sup>42</sup>fait de cet « oubli » une critique virulente. Pour lui, si pendant les premiers mois de la vie les interactions entre l'enfant et la mère sont les plus fortes, si c'est à sa mère que l'enfant manifeste habituellement son premier attachement, d'autres figures, notamment le père, ont leur importance.

On connaît encore très mal les conséquences de cette carence paternelle, tout au moins pendant la toute première partie de l'enfance.

Lorsque l'enfant est placé en institution par exemple, il serait plus juste de parler de carence parentale.

## **7- Les séquelles**

La carence prolongée et continue, quel que soit le cadre de vie où elle intervient, a pour effet de retarder progressivement le développement intellectuel du sujet carencé. La carence affective précoce détermine donc un ralentissement ou un

---

<sup>42</sup> R.G Audry, *Rôle paternel et maternel dans la délinquance*, in « la carence de soins maternels. Réévaluation de ses effets », Cahiers de l'OMS, 1961, n°14, p.30-43.

arrêt du développement psychique. L'immaturation est globale, mais elle atteint particulièrement certains secteurs. Les fonctions les plus sérieusement affectées par une carence prolongée sont le développement du langage et celui des relations sociales. Il peut y avoir un retard spécifique de la fonction verbale, une insuffisance de la fonction d'abstraction. Chez les enfants frustrés, le langage, qui se situe à l'articulation des fonctions sensori-motrices et des relations avec autrui, et qui est l'objet d'investissements précoces, mais particulièrement labiles, et vite remis en question, est bien évidemment plus exposé que chez les autres enfants<sup>43</sup> :

- *Les séquelles affectives :*

Le frustré précoce, après une première phase d'exacerbation des activités relationnelles, devient ensuite incapable d'en établir. Il y a un véritable déficit qui sera la base verrouillée et l'amorce d'une inadaptabilité sociale, condition fondamentale d'une anti-sociabilité ultérieure.

Les sujets les plus âgés recherchent sans discrimination des contacts humains. Le phénomène a été considéré comme caractéristique de l'enfant très carencé par Lévy et al. Les enfants qui relèvent d'une expérience de séparation conservent une très grande sensibilité aux menaces de séparation et cette sensibilité peut persister assez longtemps.

- *Les séquelles à long terme :*

Les frustrations précoces semblent jouer un rôle incontestable dans certaines structures caractérielles pathologiques, telles que l'excessive dépendance à autrui de ceux qui, toujours assoiffés d'affection, ont constamment besoin de se faire donner des preuves d'amour.

La *position psychanalytique*<sup>44</sup> : pour elle, les expériences précoces mettent en œuvre certains processus dynamiques qui tendent à persister malgré des modifications qui peuvent être ultérieurement apportées à l'environnement. La

---

<sup>43</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.441.

<sup>44</sup> Serge Lebovici et Michel Soulé, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003, p.444.

carence maternelle précoce entraîne des réactions de défense, qui protègent l'enfant contre la pénible frustration qu'il éprouve. Cette réaction de défense tend à se perpétuer et à isoler l'enfant d'un milieu nouveau qui offrirait pourtant des possibilités d'interactions fécondes à tout sujet réceptif. La réversibilité du dommage dépend donc en grande partie du résultat des efforts visant à briser les processus de défense, et à modifier les investissements et les contre investissements.

Dans un second temps, nous allons aborder le processus de l'adolescence afin d'éclairer ensuite notre recherche clinique et comprendre ce qu'il peut advenir lorsque la mère est adolescente.

## **II- L'adolescence, qu'est-ce que c'est ?**

L'adolescence est l'âge du changement comme l'étymologie du mot l'implique : adolescence signifie en latin « grandir ».

La période de l'adolescence constitue un moment essentiel du développement psychologique. Ces transformations conditionnent l'adaptation ultérieure de l'individu. L'adolescence en raison de la relative indétermination a priori du développement psychologique, correspond à une « nouvelle chance »<sup>45</sup> ou à une incertitude sur le plan de la genèse, pouvant conduire à une meilleure cohésion personnelle comportant également des risques spécifiques. Cependant, il n'est pas facile de donner une définition suffisamment satisfaisante ou précise de l'adolescence, tout au moins si nous souhaitons dépasser la définition classique qui considère l'adolescence comme phase de transition entre l'enfance et l'adulte. Ses limites sont floues. Nous tenterons une présentation des quelques spécificités caractérisant ce processus complexe qui apporteront un éclairage à notre pratique.

### **A) Les transformations physiques**

La puberté, c'est en quelque sorte ce qui permet le passage de l'enfance à l'adolescence. C'est une transformation du corps (transformation physiologique), de l'esprit et des sentiments (transformation psychique). Nous présenterons en premier les transformations physiologiques et morphologiques qui constituent sans doute l'un des événements majeurs de cette période de développement.

Le mot « puberté » vient du latin « pubes »<sup>46</sup>, qui veut dire poil et en effet l'apparition de poils sur le pubis, sous les bras – et sur les joues pour les garçons – est un des signes de la puberté. Elle vient souvent signer le début de l'adolescence. Quand la puberté est achevée, on peut parler de nubilité

---

<sup>45</sup> Henri Lehalle, *Psychologie des adolescents*, PUF, novembre 1991, p.11.

<sup>46</sup> Françoise Dolto, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Hatier, février 1991, p.17.

physiologique. A vrai dire tout cela est confus, car selon les sociétés, l'âge de la nubilité est variable.

Dans l'histoire des humains, pour des raisons d'alliance entre des familles, on connaît de nombreux exemples de mariages entre enfants pubères qui, après le mariage, restaient des années sans se revoir, jusqu'à leur nubilité. Au moyen Âge, il n'était pas rare en effet qu'une jeune femme de vingt ans ait déjà trois ou quatre enfants.

Il y a donc d'un côté la puberté au sens social, qui varie selon les époques et les lieux et de l'autre, la puberté physiologique qui, depuis une cinquantaine d'années a tendance à se produire plus tôt qu'autrefois chez les filles.

### **1- Ce qui se passe dans le corps**

Les événements se déroulent sur plusieurs années, la puberté est un phénomène long et progressif, mais certaines étapes sont spectaculaires. Tout se fait sous l'influence des hormones. Certaines glandes – hypophyse, testicules, ovaires – sont mûres pour sécréter des liquides qu'on appelle hormones. Ces hormones circulent dans le sang et vont modifier les organes auxquels elles sont destinées et qui sont transformés à la puberté. L'individu grandit. C'est particulièrement net aux extrémités : pieds, mains, et nez grandissent. La forme, les formes, la silhouette se modifient ; et il grandit aussi dans la manière de penser...

« Tout se met en place pour la *fécondité*<sup>47</sup> » évoque ainsi Françoise Dolto (soit la capacité à avoir des enfants).

### **2- Chez les garçons**

Le changement de leur voix, qu'on appelle la mue, est beaucoup plus net que chez les filles. La voix change plus ou moins brusquement. Parfois cela produit des

---

<sup>47</sup> Françoise Dolto, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Hatier, Février 1991, p.18.

sons très curieux, un peu discordants. Dans ce qui se voit à l'extérieur, il y a aussi la moustache et la barbe ; c'est la découverte des rasoirs. Un autre phénomène important se produit : les érections, un phénomène physiologique provoqué par l'afflux de sang dans la verge. L'adolescent peut en être troublé, en voyant ce changement qui lui permet de devenir père. Il est important qu'il puisse en parler.

### **3- Chez les filles**

L'arrivée des premières règles est un grand événement dans la vie de chaque femme. Le temps qui sépare deux périodes de règles s'appelle un cycle. L'ovulation survient à peu près au milieu du cycle. Ce qui veut dire que la première ovulation a lieu avant les premières règles. C'est important de repérer son ovulation, qui est le moment où l'on peut concevoir un enfant. Les premiers cycles sont souvent anovulatoires (sans ovulation réelle). Mais s'il y a eu ovulation, il existe un risque de devenir enceinte avant même d'avoir eu ses premières règles. La nature qui vise à la reproduction fait tout pour faciliter la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde.

Commencer à avoir ses règles, c'est entrer dans un mode de vie cyclique qui est propre aux femmes. Leur cycle rythme leur vie. En début ou en fin de cycle, on sent son corps différent suivant les moments. Et l'humeur change aussi parfois.

Avec l'arrivée des règles la silhouette change : les seins poussent, les hanches et les fesses changent de forme. Le métabolisme change aussi. C'est-à-dire la façon dont les calories, apportées par les aliments, sont dépensées par l'organisme.

Pour les filles comme pour les garçons, ces transformations sont compliquées à vivre. Beaucoup de choses questionnent, intriguent...dont l'adolescent n'ose pas toujours parler. Tout cela dure des années, le temps de « suinter » sa nouvelle carapace.

## **B) Les transformations psychiques**

L'esprit doit s'adapter aux transformations du corps, et ce n'est pas toujours facile de mener cela de front. Tout cela donne un grand remue-ménage de toute la personne que chacun traverse comme il peut, de façon unique. L'adolescent doit s'identifier à sa propre image, s'approprier à la fois proprioceptivement et sur le plan représentatif son corps en transformation. Les changements physiques ont une importance symbolique : aménagements et restructurations fantasmatiques liés en particulier à la génitalité.

Dans cette grande mutation, tous, adolescents, parents, société, se débrouillent comme ils peuvent. Ce n'est pas toujours facile parce que dans le fond, tout le monde a un peu peur de ce qui en sortira. Les parents par exemple ne sont pas à l'aise, car pour eux cela change et remue beaucoup de choses, même s'ils n'en ont pas conscience ou s'ils ne veulent pas le montrer.

Comme en parle Françoise Dolto, l'adolescent tout comme le homard lorsqu'il perd sa carapace se retrouve dans une apparence qui change. C'est cela un peu l'histoire de tous les adolescents. L'adolescent est en pleine mutation à l'intérieur comme à l'extérieur.

L'adolescence peut être assimilée à une *seconde naissance*<sup>48</sup> qui se ferait progressivement. Il faut quitter peu à peu la protection familiale comme chaque nouveau-né quitte le placenta protecteur. Quitter l'enfance, c'est une mutation qui donne par moments l'impression de mourir. Ce processus est rapide, quelque fois la personne ne peut pas suivre. La nature travaille à son propre rythme. Il s'agit de d'assumer ces changements et la personne n'est pas toujours prête. Elle sait ce qui meurt, mais ne voit pas encore vers quoi elle va. Plus rien n'est comme avant, c'est indéfinissable.

Ainsi, nous avons choisi de présenter l'approche d'Erikson pour mieux comprendre ce processus d'adolescence d'un point de vue génétique.

---

<sup>48</sup> Françoise Dolto et Catherine Dolto-Tolitch, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Hatier, février 1991, p.13.

### C) L'approche génétique d'Erikson

Nous nous appuyerons sur la pensée d'Erikson qui nous paraît suffisamment pertinente pour guider notre réflexion. Erikson élabore ses principales conceptions théoriques dans les années 1950, mais sa description du « cycle de la vie » en huit étapes, n'apparaît que plus tard dans *Enfance et société* (1963) et dans *Adolescence et crise* (1968). Pour l'essentiel, la perspective d'Erikson est holistique, c'est-à-dire qu'elle considère simultanément l'ensemble des composantes de l'individu – et génétique -. C'est pourquoi nous avons choisi de la développer. Cette théorie fournit une approche intéressante pour comprendre là où se situe l'adolescent dans son fonctionnement psychique.

Plus précisément, la description des huit stades<sup>49</sup> distingués s'appuie sur la conception freudienne des étapes de la sexualité infantile, pour les étendre aux aspects intellectuels et sociaux de la personnalité. Par ailleurs, chacun des stades consiste en l'avènement et la résolution d'une crise. Ce terme de crise indique simplement l'existence d'une « vulnérabilité spécifique » liée au déséquilibre provoqué par le développement de potentialité nouvelle chez l'individu. L'aspect positif de la crise doit donc être souligné.

Les huit étapes sont les suivantes :

- *Confiance fondamentale ou méfiance fondamentale :*

Dès les premiers mois de la vie, le développement normal doit conduire à l'établissement d'un sentiment de confiance de base vis à vis du monde extérieur et des personnes significatives. Ce processus est lié au stade oral pendant lequel le nourrisson dépend de « pourvoyeur » extérieur. L'état de confiance implique que l'enfant apprenne « à se fier à la similitude et à la continuité des pourvoyeurs extérieurs » et qu'il puisse avoir également confiance en soi, en ses propres possibilités de manière à « être soi-même digne de la confiance des autres ».

---

<sup>49</sup> Henri Lehalle, *Psychologie des adolescents*, PUF, novembre 1991, p.24 – 26.

- *Autonomie ou honte et doute :*

Ce deuxième stade est à rapprocher du stade anal. Il s'agit ici, pour l'enfant, d'expérimenter sa volonté autonome par opposition à celle de son entourage. Le lieu du conflit est le propre corps de l'enfant, et l'enjeu est de savoir qui contrôle qui. Selon Erikson, la résolution plutôt négative de cette crise peut conduire à des sentiments de honte (considéré comme l'inverse de la volonté autonome, il y a honte lorsqu'on est visible mais non prêt à être vu) ou de doute (venant d'une interrogation sur « le derrière du corps », lieu d'agression et de plaisir, qui ne peut être vu et qui cependant peut être dominé par la volonté des autres).

- *Initiative ou culpabilité :*

La problématique de ce stade débute vers la fin de la troisième année. Lorsque la marche est devenue plus aisée et plus assurée, que le langage s'est perfectionné et que la fonction sémiotique se développe dans de nombreuses directions, alors, les activités de l'enfant se multiplient sur le mode de « l'intrusion » (stade phallique). Dans de nombreux domaines, l'enfant peut donc éprouver un sentiment de puissance qui arrive à se doubler d'un sentiment de culpabilité ; d'autant plus que la problématique oedipienne ne tarde pas à se poser. En définitive, l'importance de ce stade réside dans la possibilité d'une libération de l'initiative sans crainte de la culpabilité.

- *Industrie ou infériorité :*

A ce niveau, qui correspond à la période de latence du point de vue psychanalytique, l'enfant est amené à expérimenter toute la gamme de rôles qu'il observe. L'aspect créatif est également important. Cependant, il peut se produire – surtout si les conflits précédents ont été mal résolus – que l'enfant développe un sentiment d'infériorité qui l'empêche de libérer sa créativité et le conduit éventuellement à des attitudes agressives (ex. : avoir encore bien plus besoin de sa mère que de connaissance).

- *Identité ou identité diffuse :*

Avec l'adolescence apparaît un nouveau stade pendant lequel l'individu doit élaborer une représentation cohérente de lui-même. Pour Erikson, la tâche fondamentale correspondant à ce stade consiste à intégrer les éléments d'identité

relevant des stades précédents. Cette intégration nécessite selon lui un *moratoire*, c'est-à-dire un temps de réflexion où les engagements conduisant à la vie adulte sont reportés à plus tard.

Erikson considère que certains problèmes ou comportements adolescents sont interprétables par référence à la façon dont se sont passés les stades précédents.

Ainsi :

- En correspondance avec le premier stade (cité ci-dessus), on trouvera par exemple des adolescents qui rechercheront des personnes ou des idées auxquelles ils puissent *accorder leur foi*, c'est-à-dire, réciproquement, vis-à-vis desquelles il vaut la peine de prouver que l'on est digne de confiance.
- On peut assimiler au deuxième stade la nécessité pour l'adolescent *d'exprimer sa propre volonté* et le fait qu'il redoute d'être poussé de force dans des activités auxquelles il n'adhère pas.
- En liaison avec le troisième stade, on trouve chez les adolescents *une vie imaginative intense*, en particulier concernant leurs propres possibilités ou leurs ambitions, avec la culpabilité qui peut s'y rattacher.
- Enfin, le *plaisir de faire fonctionner les choses* reste présent à l'adolescent et intervient dans la problématique de l'identité. Le risque spécifique à ce stade est la « diffusion de l'identité ». Il faut sans doute considérer ce terme de diffusion comme étant strictement l'inverse de l'intégration.

- *Intimité ou isolement* :

C'est seulement lorsque l'identité est suffisamment constituée qu'une véritable intimité avec l'autre peut être expérimentée. Qu'il s'agisse d'amitié, de rencontre amoureuse ou d'aspiration partagées, c'est l'aspect psychosocial de l'intimité qui importe ici, avec une composante fusionnelle sans toutefois qu'il y ait dissolution des identités respectives. Il arrive cependant que l'expérience d'intimité soit impossible car trop angoissante, ou parce qu'elle est vécue comme dangereuse pour soi-même ; l'individu se trouve alors contraint à ne développer que des relations stéréotypées et pourra ressentir un profond sentiment d'isolement. La jeunesse qui n'est pas sûre de son identité s'écarte de l'intimité interpersonnelle ou s'adonne à des actes d'intimité qui relèvent de la « promiscuité » sans qu'il y ait véritable fusion ou abandon réel de soi.

La contrepartie de l'intimité est la *distanciation* : la propension à renier, à isoler et, si nécessaire, à détruire les forces et les gens dont l'essence paraît dangereuse pour soi-même. C'est ainsi que la durable conséquence du besoin de distanciation est l'empressement à fortifier son territoire d'intimité.

- *Générativité ou stagnation* :

Les deux derniers stades concernent essentiellement l'âge adulte. Par générativité, Erikson entend le fait de s'occuper des générations montantes, de se soucier de l'éducation des enfants. Faute de ce sentiment, il y aura stagnation, ennui, et appauvrissement interpersonnel.

- *Intégrité ou désespoir* :

Ce dernier stade correspond à une acceptation de soi-même, tel qu'on est, à une acceptation de son seul et unique cycle de vie. On en arrive alors à une sorte de philosophie de la vie et de la mort qui permet de ne pas sombrer dans le désespoir.

Si on résume les aspects génétiques de la théorie d'Erikson, il semble que deux choses principales soient à considérer. Premièrement, le développement ne se fait pas par substitution d'un état  $n+1$  à un état  $n$  mais par accumulation d'expériences successives liées à la résolution de crises. Deuxièmement, la crise correspondant à un niveau donné comporte en elle-même des aspects que l'on peut référer aux crises antérieures. Réciproquement, et troisièmement, certains aspects de crises antérieures préfigurent les crises ultérieures. En définitive, l'intérêt de la description génétique d'Erikson réside essentiellement dans le fait que l'adolescence est interprétée par rapport aux modes de résolution des crises précédentes et des crises à venir.

Sa conception constitue un cadre théorique significatif pour analyser *l'intégration individuelle* à l'adolescence. Pour Erikson, l'adolescence ne peut être considérée indépendamment du cycle de vie. La tâche essentielle de l'individu consiste à développer une « identité » cohérente et à se garder d'une « identité diffuse ». Le concept d'identité comporte ici un aspect réflexif (la représentation que le sujet a de lui-même) mais surtout un aspect social : avoir une identité, c'est être engagé

socialement, c'est-à-dire avoir fait ses choix aussi bien au niveau des idées que du mode de vie. Comme on l'a vu, cette réalisation à la fois individuelle et sociale dépend de la manière dont furent résolues les « crises » précédentes.

Nous tenterons maintenant d'aborder l'approche psychanalytique du processus de l'adolescence dans son ensemble afin d'éclairer ensuite notre recherche.

## **D) L'interprétation psychanalytique**

Quelques travaux psychanalytiques sur l'adolescence ont été élaborés, s'intéressant à cette période de remaniements profonds sur les plans génétiques et dynamiques. La perspective psychanalytique repose sur un postulat : la possibilité de décrire et comprendre l'adolescence comme un processus psychologique relativement homogène selon les sociétés.

### **1- aspects dynamiques et caractéristiques générales**

Les transformations somatiques de la puberté constituent l'origine des transformations psychologiques de l'adolescence. Elles entraînent en effet l'augmentation générale de la pression pulsionnelle qui va rompre l'équilibre antérieur (et apparent) correspondant à la phase de latence post-œdipienne.

La première conséquence des transformations pulsionnelles est d'ordre objectal. La problématique oedipienne se trouve réactivée. D'un côté il faut dépasser les identifications anciennes, mais de l'autre ces identifications anciennes constituent la personne, d'où le sentiment d'étrangeté par rapport à soi-même (Kestemberg 1962,1980)<sup>50</sup> et la nécessité d'une construction individuelle.

---

<sup>50</sup> Henri Lehalle, *Psychologie des adolescents*, PUF, Novembre 1991, p.194.

Une seconde catégorie de problèmes à l'adolescence peut être rapidement évoquée : les problèmes du moi et de l'identité, liés aux difficultés de l'identification et au fait que le moi, s'il reste infantile, peut difficilement faire face aux nouvelles pressions pulsionnelles et aux nouveaux liens objectaux. Il y a donc risque pour la cohésion de la personne. De plus, les transformations corporelles entraînent une modification de l'image fantasmatique de son propre corps.

## **2- La réactivation du conflit oedipien et de la problématique fusionnelle**

Freud (1958) résume de la manière suivante ce processus de réactivation dû aux transformations pulsionnelles : « *Le danger donne l'impression de venir non seulement des pulsions du ça et des fantasmes, mais aussi de l'existence même des objets d'amour du passé oedipien et préœdipien. Leur investissement libidinal a été maintenu depuis les phases infantiles et seulement diminué ou inhibé pendant la période de latence. C'est pourquoi le réveil des impératifs prégénitaux ou, pis encore, les exigences génitales acquises, risquent de rencontrer ces objets et prêter une réalité nouvelle et menaçante à des fantasmes qui semblaient éteints mais qui, en fait, ne sont que refoulés* ».

Tout processus d'individuation comporte des résonances archaïques. Le processus de l'adolescence renvoie à une problématique archaïque, tout en étant lié aux questions identificatoires.

## **3- Libido objectale et libido narcissique**

Si on considère les avatars des changements de la libido à l'adolescence, on peut rappeler la distinction faite par Freud (1920) entre la libido objectale (qui désigne le fait que l'énergie sexuelle se concentre sur des objets extérieurs qui satisfont les pulsions, objets extérieurs qui deviendront des sources d'investissement, et que l'on aime) et la libido narcissique ( qui désigne les cas où la libido « détachée de ses objets reste en suspens dans des conditions particulières de tension » et

finalement « rentre dans le moi, de sorte qu'elle redevient libido du moi »). On conçoit alors que, puisque l'adolescence consiste à se détacher du lien de l'objet infantile pour se tourner vers d'autres objets, la problématique de la libido narcissique (qui évite la dépression) par rapport à la libido objectale puisse se poser.

Cependant pour Blos (1962), une phase narcissique semble nécessaire pour permettre le désengagement par rapport aux parents et l'amour d'un nouvel objet. Brousselle, Gibeault et Vincent (1980) citent également les travaux de Kohut (1971, 1978). Ces travaux soulignent l'importance du narcissisme qui, contrairement à Kestemberg, est considéré ici comme suivant une évolution génétique parallèle à la libido, malgré les liens entre les deux processus. Si on suit Kohut les aspects positifs du narcissisme sont à souligner : il permet de masquer les angoisses de castration, la fragmentation du moi et contribue ainsi à maintenir la cohésion de la personne.

#### **4- Modalités de la crise et de sa résolution**

Le concept de « crise » d'adolescence est à entendre ici comme une phase particulière du développement de la personnalité dont les modalités sont dynamiques et évolutives<sup>51</sup>. L'adolescence par sa nature est une interruption dans la tranquillité de la croissance : caractéristique de la période de latence. Elle est un véritable processus, un temps de crise nécessaire caractérisé par des positions conflictuelles économiques et dynamiques extrêmes, changeantes, fluctuantes qui donnent à cette période de la vie son aspect de tumulte, de bouleversement et de crise sans que, pour autant, que l'on parle de pathologie : le diagnostic différentiel entre les bouleversements de l'adolescence et la vraie pathologie devient une tâche difficile que nous aborderons ensuite.

En s'appuyant sur les analyses de A. Freud (1958) et de Kestemberg (1962), nous pouvons souligner que la crise adolescente, bien que nécessaire d'un point de vue

---

<sup>51</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.36-37.

psychanalytique, se présente sous des formes assez diversifiées. Kestemberg estime par exemple que la crise est plus ou moins apparente : certaines crises se font « à bas bruit » sans pour autant que cela soit plus favorable du point de vue du développement.

Pour lui, la « crise » adolescente est un « organisateur ». Il entend par-là que tout un faisceau de développements conduit à la nécessité d'une réorganisation d'ensemble qui prend la forme d'une « crise ». Ainsi, l'effacement de la crise, son masquage, conduit à un appauvrissement de l'individu. Sa résolution est au contraire source de progrès génétique<sup>52</sup>.

A ce propos, citons A. Freud (1949) : « dépasser la dépendance infantile envers les parents et la surestimation qu'on leur porte, est inséparable du processus normal de formation du moi et du surmoi ». De même en 1958, elle estime que l'absence de crise peut être considérée comme un signe d'alarme témoignant du fait que ces enfants « emmaillotés » dans leur relation familiales » ont construit des défenses excessives contre leurs activités pulsionnelles : « plus que quiconque, peut être, ils ont besoin de recourir au traitement pour être libérés de leur handicap interne et connaître un développement normal, même si ce dernier est « bouleversant » .

Du point de vue de la résolution de la crise, nous pouvons souligner l'importance des activités autonomes du moi (activités sociales ou intellectuelles) qui rendent possible l'échange avec autrui dans des domaines apparemment « non-érotisés ». De même l'insertion dans des groupes de pairs permet à l'adolescent de se constituer une personnalité qui dépasse les identifications parentales, en particulier sur le plan de la sexualité.

L'interprétation psychanalytique ne constitue qu'un point de vue cependant intéressant pour tenter une compréhension du processus de l'adolescence sur lequel nous appuierons notre analyse clinique dans une prochaine partie.

---

<sup>52</sup> Henri Lehalle, *Psychologie des adolescents*, PUF, novembre 1991, p.201.

A l'adolescence de nombreux troubles issus de facteurs multiples peuvent émerger. Nous en aborderons ici quelques-uns qui nous ont semblés importants.

## **E) Manifestations potentiellement psychopathologiques à l'adolescence**

### **1- Le problème de l'agir et du passage à l'acte**

A cet âge l'agir est considéré comme un des modes d'expression privilégiée des conflits et des angoisses de l'individu. Il se manifeste dans la vie quotidienne de l'adolescent dont la force et l'activité motrice se sont brutalement développées ; il se manifeste également au niveau psychopathologique dans les troubles du comportement qui représentent un des motifs de consultation les plus fréquents en psychiatrie de l'adolescence. Nous étudierons les principaux troubles rencontrés dans la clinique des adolescents grâce aux apports de Marcelli et Braconnier (2004)<sup>53</sup>.

Dans un premier temps, nous rappellerons la distinction entre les quatre notions suivantes : l'acte, le passage à l'acte et l'impulsion, la compulsion qui nous paraît importante.

L'« **acte** » est une conduite spontanée à haute portée positive, volontiers rapide comme un éclair, accomplie sans réflexion mais nullement irréfléchie pour autant. Nous retrouvons fréquemment ces gestes chez l'adolescent évoquant une spontanéité, parfois même une culpabilité inconsciente. Beaucoup d'attitudes généreuses, en particulier à l'égard des opprimés, prennent cette forme.

Le « **passage à l'acte** » est le plus souvent violent et agressif à caractère fréquemment impulsif et délictueux (Porot, 1969).

---

<sup>53</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.93-94.

L'« **impulsion** » désigne, quant à elle, la survenue soudaine, ressentie comme une urgence, d'une tendance à accomplir tel ou tel acte. Celle-ci s'effectue hors de tout contrôle et généralement sous l'emprise de l'émotion.

La « **compulsion** » est un type de conduite que le sujet est poussé à accomplir par une contrainte interne. Cette conduite est complexe et implique toujours une lutte interne. A la différence de l'impulsion, la compulsion peut se manifester dans une action mais également dans une pensée, une opération défensive, et même une séquence complète de comportements<sup>54</sup>.

L'agir n'est pas seulement le fait de l'adolescent présentant des troubles psychiques, il est une caractéristique de tout adolescent. Leur aspect isolé ne signe pas une pathologie, par contre la répétition des passages à l'acte – et surtout du même passage à l'acte – amène à décrire des troubles enkystés assimilant la pathologie du sujet à son geste répétitif. On peut le voir chez des sujets suicidants, toxicomanes, délinquants ou même voleurs ou fugueurs.

## 2- Fugues et errances

Une des représentations la plus concrète de la rupture de l'adolescent avec son contexte familial ou institutionnel est le départ du milieu dans lequel il vit. Ce départ peut prendre l'allure de phénomènes bien distincts dans leur forme et leur signification. Trois formes distinctes peuvent être relever : le voyage, la « route », la fugue que seule nous développerons dans cet exposé.

La fugue<sup>55</sup> est un départ impulsif, brutal, le plus souvent solitaire, limité dans le temps, généralement sans but précis, le plus souvent dans une atmosphère de conflit (avec la famille, ou avec l'institution où est placé l'adolescent).

---

<sup>54</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.93-94.

<sup>55</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.103.

### 3- L'auto agressivité

Les manifestations auto-agressives de l'adolescent sont dominées par le problème des tentatives de suicide. Néanmoins, d'autres conduites auto-agressives s'observent : nous distinguerons l'automutilation impulsive, l'automutilation chronique, et l'équivalent suicidaire<sup>56</sup>.

#### *Les automutilations impulsives*

Brutalement, parfois de façon totalement imprévisible, parfois après une montée d'angoisse ou d'agitation aisément perceptible, l'adolescent attaque son corps avec plus ou moins de violence. Elles peuvent prendre différentes formes, par exemple : l'adolescent va heurter sa tête contre un mur. D'autres conduites symptomatiques s'associent fréquemment : conduite anorexique ou boulimique, état dépressif, difficulté sexuelle, tendance toxicomaniaque. Ces adolescents présentent souvent des troubles de la personnalité, plus rarement des pathologies nettement identifiées (psychose, psychopathie, etc...). Au plan psychopathologique, deux séries de facteurs convergent pour aboutir à la décharge auto-agressive : d'une part, on retrouve de graves carences dans l'image de soi et d'objet, où prédominent habituellement des mauvaises images de soi et d'objet, sans que celles-ci soient modulées par des apports positifs que pour y représenter les bonnes images de soi et d'objet. D'autre part, l'externalisation des affects, la mise en acte constitue le moyen privilégié de lutte contre l'angoisse, d'autant que les perturbations dans l'élaboration des processus cognitifs ne donnent pas à l'adolescent des possibilités de maîtrise adéquate.

Le Breton (2003) isole trois composantes dans cette conduite déterminée :

- le retournement contre soi de l'agressivité plus ou moins associé à la culpabilité et au besoin de se punir.
- Une recherche d'affirmation identitaire par les marques ainsi auto-crées, par la recherche et l'exploration de limite de soi, d'un « cran d'arrêt ».

---

<sup>56</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.119.

- Une dimension de rituel et de ritualisation, manière de faire « peau neuve », de s'inscrire dans une culture de groupe tout en se différenciant.

Cette conduite illustre comment l'individu passe d'une souffrance passivement subie à une douleur activement provoquée, d'un affect éprouvé à une sensation administrée.

### ***Les automutilations chroniques***

Elles surviennent dans un tout autre contexte, il s'agit d'adolescents profondément encéphalopathes qui dans leurs antécédents ont déjà présenté de telles automutilations. L'adolescence peut présenter un cap particulier pour ces comportements auto-mutilateurs. On peut alors observer une sédation, un renforcement et une transformation des conduites auto-mutilatrices. Ces automutilations chroniques peuvent avoir une signification variable :

- la recherche d'une limite du soi corporel,
- la recherche d'une auto-stimulation,
- le retournement sur soi de la conduite hétéro-agressive, lorsqu'elle est entravée ou interdite,
- la recherche d'une communication par appel de l'autre.

### ***Les équivalents suicidaires et les conduites à risque***

Il s'agit d'un ensemble de conduites au cours desquelles la vie du sujet est mise en danger du point de vue d'un observateur externe, mais au cours desquelles le sujet dénie le risque pris<sup>57</sup>. En réalité, il existe un continuum dans les diverses conduites mettant la vie en danger, depuis les conduites dangereuses, en passant par les équivalents suicidaires pour aboutir aux tentatives de suicide. Pris dans un sens large, les comportements qui font partie du champ suicidaire inconscient sont

---

<sup>57</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.121.

extrêmement nombreux : abus de drogue, d'alcool, comportements antisociaux, sans oublier que la majorité des troubles psychiques graves peuvent être rapprochés d'un désir de mort comme le signal Rey (1999) à propos de la schizophrénie : « la marche de la maladie tend à aboutir à une abolition de l'existence psychique, à une sorte de suicide de l'être dans le monde ».

#### **4- La dépression**

Une des facettes caractéristique du processus d'adolescence est la relative fréquence des manifestations émotionnelles et affectives plus ou moins bruyantes mais toujours transitoires. Parmi celles-ci, figurent la mauvaise humeur, l'ennui, la morosité, et même la tristesse ou le sentiment d'être malheureux, incompris, incapable, ce qu'on nomme aujourd'hui familièrement « la déprime »<sup>58</sup>. En elles-mêmes, ces manifestations émotionnelles n'ont rien de pathologique. Ces adolescents envahis par la déprime, malgré leur ennui ou leur cafard, poursuivent leur activité et ne sont pas figés dans les différents secteurs de leur vie. Ces moments de cafard cèdent facilement au repos ou s'amenuisent lors des sorties ou activités.

A l'opposé de cela, il existe incontestablement un groupe d'adolescents dont on peut considérer qu'il est constitué de sujets franchement déprimés. Devant toute conduite surprenante, provocatrice ou agressive, devant toute plainte somatique inexplicquée, et bien sûr devant toute crise de pleurs, d'abattement et de désintérêt durant plus de quinze jours, il faut penser « dépression ». Il ne s'agit plus ici d'un simple ennui, ou d'une simple morosité, mais d'une véritable tristesse avec un sentiment de souffrance morale et une tendance importante à se culpabiliser sur ce qu'on peut dire ou ce qu'on a pu faire. Ce qui était source de plaisir ne l'est plus. Un sentiment de dévalorisation profond s'associe le plus souvent aux manifestations précédentes, s'exprimant sur le plan intellectuel, physique ou esthétique. Les idées et le désir de mort concrétisent l'amalgame des précédentes thématiques (ennui, culpabilité, dévalorisation).

---

<sup>58</sup> Marcelli et Braconnier, *L'adolescent aux mille visages*, Odile Jacob, janvier 1998, p.207.

Enfin, en ce qui concerne le comportement, deux attitudes opposées peuvent être présentes :

- Le ralentissement psychologique et moteur qui donne l'impression que le sujet ne pense plus, ne se mobilise plus, ne marche plus, ne parle plus comme avant, il est ralenti dans tous les domaines de son comportement.
- Ou au contraire, le sujet paraît agité, s'emporte pour un rien, est violent, passe à l'acte et ceci de façon très excessive par rapport à ce qui se passait précédemment. Il s'agit dans ce dernier cas d'une réaction paradoxale à l'envahissement dépressif, qui est en fait le signe d'une lutte contre ce ralentissement et ce figement que le sujet ressent comme particulièrement douloureux et pénible. Citons à ce propos la fréquence à l'adolescence d'un type de dépression dite « atypique ».

Lorsqu'un adolescent se plaint depuis plus de quinze jours de sentiments fréquents, très fréquents, voir continuels de tristesse, de dévalorisation, de culpabilité et que s'y associent des troubles du sommeil, enfin des troubles alimentaires, la suspicion d'une dépression franche doit être évoquée. De même un dernier facteur doit alerter les parents, les proches ou l'adolescent lui-même, il s'agit de la relative brutalité de la survenue de l'ensemble de ces manifestations et surtout de l'absence d'explications logiques (deuil...) à l'origine de ces manifestations. Cependant, il est bien évident qu'un moment franchement dépressif, nécessitant par-là même une aide et un traitement, peut surgir à la suite de ces événements.

## **5- La tentative de suicide**

La tentative de suicide est fréquente et caractéristique de l'adolescent. Elle s'opère souvent dans un climat d'impulsivité et représente bien entendu un retournement contre soi de l'agressivité, elle constitue une attaque contre son corps et tout ce

qu'il représente mais elle est aussi un moyen de provoquer la réaction des autres<sup>59</sup>. Elle pose, en outre, le problème de la dépression et des idées de mort dont on sait la fréquence à cet âge de la vie. Brent et coll. (1988) constatent 75% de dépression majeure et 19,6% de dysthymie dans une population d'adolescents suicidants. Après les accidents de la circulation, le suicide est la seconde cause de mortalité à l'adolescence, en France. Mais, caractéristique importante, le nombre de tentatives de suicide aboutissant à un décès est relativement faible, surtout chez les filles. Si cette gravité en termes vitaux est moins importante qu'aux autres périodes de la vie, cela ne signifie pas pour autant que le geste suicidaire doit être considéré comme un geste banal. En effet, la récurrence est une autre caractéristique des tentatives de suicide à l'adolescence.

Parmi les facteurs concernant l'adolescent lui-même, on retrouve des situations d'échec scolaire, de non-insertion professionnelle et surtout l'existence d'une toxicomanie. Enfin, dans un nombre important de cas, on note l'existence de difficultés psychologiques franches, en particulier une dépression ; bien que toutes les tentatives de suicide ne s'accompagnent pas nécessairement d'un état dépressif franc<sup>60</sup>.

Lorsqu'un adolescent choisit d'y recourir, son geste ne répond jamais qu'à une seule signification. Au niveau conscient, l'adolescent cherche souvent à fuir une situation désagréable. De façon plus profonde, elle peut traduire une adhésion à des idées de mort, à une thématique dépressive. Chez d'autres adolescents, elle témoigne d'un besoin exacerbé de maîtrise sur son corps et d'une volonté de conserver une toute puissance sur sa destinée. Plus profondément encore, certains adolescents cherchent à meurtrir leur corps, tout ce qu'il possède et tout ce qu'il contient. Parfois, l'attaque de ce corps peut correspondre à des angoisses extrêmement importantes, le suicide ayant pour objet de faire cesser ces angoisses (épisode délirant) ; mais le plus souvent, l'attaque du corps traduit une rage interne.

---

<sup>59</sup> Marcelli et Braconnier, *L'adolescence aux mille visages*, Odile Jacob, janvier 1998, p. 206.

<sup>60</sup> Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004, p.122.

Enfin, la tentative de suicide, comme tous les actes, peut s'inscrire dans une chaîne de provocations-réactions ayant pour but essentiel de faire réagir l'autre. C'est-à-dire avant tout, les parents. Certains adolescents cherchent ainsi directement les bénéfices secondaires qui succéderont à ce geste.

On le voit, la tentative de suicide d'un adolescent ne s'inscrit pas toujours dans un contexte hautement pathologique. Certaines tentatives de suicide peuvent faire partie du développement « presque normal » de l'adolescence. Toutefois, lorsqu'un individu a un recours à un tel geste, cela traduit en général une souffrance personnelle et des distorsions dans les relations familiales qui ont de forte chance de persister si aucun changement en profondeur n'est opéré. C'est pourquoi il semble qu'aucune tentative de suicide à l'adolescence ne doit être négligée et qu'elle devrait systématiquement l'objet de consultations individuelles et familiales auprès de spécialistes afin que l'adolescent et ses parents puissent en comprendre le sens et se donner les moyens d'un changement.

Après avoir évoqué en premier lieu la question de la maternité puis en second lieu l'adolescence, nous tenterons de conclure cette partie théorique par un éclairage sur la maternité lorsqu'elle a lieu à l'adolescence.

## **E) La maternité adolescente**

Depuis quelques décennies déjà, dans les pays occidentaux, donner la naissance à un enfant durant la période de l'adolescence est présenté comme un grave problème social. Des voix se sont cependant élevées peu à peu pour proposer une lecture plus positive du phénomène (Manseau 1998, Dufort et al. 2000).

Être adolescente<sup>61</sup>, enceinte et garder l'enfant de cette conception, est-ce vraiment un problème ? Les écrits qui se succèdent d'année en année sur ce sujet ne

---

<sup>61</sup> J. Charbonneau, *Adolescentes et mères*, PU de Laval, 2003, p.19-20.

permettent pas de répondre de façon simple à cette question. Nous tenterons ici d'aborder quelques points clés :

### **1- Données statistiques :**

Leur analyse montre donc que le nombre de grossesses à l'adolescence a augmenté au cours des dernières décennies, mais ce n'est pas nécessairement le cas des maternités, car plus de la moitié des adolescentes choisissent l'avortement.

### **2- La maternité : cause ou conséquence ?**

La question principale est alors de savoir si la maternité est la cause des trajectoires de difficulté dans lesquelles risquent de s'insérer bon nombre d'adolescentes après la naissance de l'enfant. Le lien le plus souvent évoqué est celui de l'abandon scolaire qui conduit les jeunes mères à se distancer de la trajectoire définie par la norme sociale actuelle. – Diplôme -travail qualifié -, la seule à assurer l'autonomie personnelle à long terme. Mais il n'est pas facile de trouver des analyses qui vont montrer qu'à la suite d'un tel événement, il est fort probable que d'autres problèmes vont surgir. Un contre argument utilisé est celui qui affirme que la maternité n'est pas la cause ultime de l'enchaînement des difficultés, qu'il faut chercher plutôt en amont, dans l'enfance, mais surtout dans le fait que ces mères sont souvent issues de milieu pauvre ( Cartaga 1999, Davies et al. 1999). Mais ce type d'analyses met l'accent sur l'influence prépondérante des déterminismes sociaux qui demeurent hors de contrôle des individus.

### **3- Le contexte de l'adolescence<sup>62</sup> :**

L'adolescence est considérée comme un véritable âge de la vie, un processus différencié de l'enfance et de l'âge adulte. Cela conduit à reconnaître l'existence

---

<sup>62</sup> J. Charbonneau, *Adolescentes et mères*, PU de Laval, 2003, p.36.

de comportements spécifiques. La particularité de cet âge ne serait-elle pas liée à cette amorce de la vie adulte, à la rencontre d'expériences inédites qui engagent une responsabilité de plus en plus personnelle de ses propres actes ? L'arrivée de l'enfant à l'adolescence est certainement une expérience inédite pour celles qui vont la vivre, elle engagera leur responsabilité pendant de très nombreuses années. Et c'est probablement une de celles qui modifiera le plus en profondeur l'orientation de leur trajectoire de vie, ainsi que leur rapport aux autres.

#### **4 -La maternité adolescente comme trajectoire de vie :**

L'événement de la naissance se situe ainsi en amont d'un processus qui s'inscrit dans la trajectoire familiale, celle des pratiques de maternité. *« Si l'antériorité temporelle ne signifie pas que l'événement sera la cause directe de tout ce qui se produira par la suite, la naissance est tout de même considérée comme un événement qui produit par lui-même des changements dans les pratiques de la vie quotidienne et qui entraîne un processus de mobilisation des ressources distinct de celui des autres événements qui définissent cette période de la vie d'un individu, qualifiée d'adolescence. »*<sup>63</sup>

La naissance de l'enfant à l'adolescence est un événement dans l'histoire particulière de jeunes femmes, un événement que l'on peut considérer comme « bifurcatif » (Bidart et Lavenue, 1999, Manlove et Al, 2000) par rapport aux normes sociales qui définissent l'ordre habituel dans lequel les événements se succèdent dans la vie d'un individu. Celui-ci considère que la naissance des enfants doit se produire après la fin de la scolarité, le début de la vie professionnelle, le départ de chez les parents et, finalement, la mise en ménage avec un conjoint.

En ce sens, puisqu'elle fait suite à une prise de décision concernant l'issue de la grossesse, la maternité adolescente paraît bien illustrer ce phénomène. Cependant, on constate qu'elle peut tout aussi bien représenter la simple reproduction du

---

<sup>63</sup> J. Charbonneau, *Adolescentes et mères*, PU de Laval, 2003, p.39.

comportement de leur propre mère, ou encore, le reflet des comportements tout à fait convenus pour un groupe social particulier.

### **5 - Le choix de garder l'enfant<sup>64</sup> :**

La décision de garder l'enfant pour une mère adolescente se réalise dans une compréhension globale des valeurs associées à la maternité, à l'école, au travail, aux rapports homme-femme, et aux rapports inter-générationnels dans notre société.

La décision tient compte aussi des systèmes de sanction sociale auxquels les jeunes femmes vont se heurter en faisant le choix de s'engager dans une trajectoire qui sort des normes habituelles. Par exemple, la maternité adolescente se positionne directement en référence au projet scolaire qui doit habituellement constitué l'activité principale de cette période de la vie.

Souvent la découverte de la grossesse est tardive par l'absence de repérage biologique, physique, et ceci par méconnaissance de son corps et des organes de reproduction<sup>65</sup>. La difficulté de repérage entraîne une impossibilité de recourir à temps à l'IVG si la jeune fille l'avait souhaité. Ce repérage de la grossesse peut être d'autant plus tardif que dans la plupart des cas, les jeunes filles concernées n'ont aucun des malaises classiques connus chez les futures mères : pas de nausées, pas de vomissements, une faible prise de poids. Bien souvent c'est à l'occasion d'une visite scolaire que la grossesse est découverte au 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> mois.

La négation consciente<sup>66</sup> ou inconsciente de l'état de grossesse semble gommer ces fameux symptômes tant décrits par les femmes enceintes. Il est vrai que la peur de parler de son état à son entourage proche ou à l'ami, conduit à un refoulement de toutes ces manifestations, et l'on peut observer parfois des prises de poids spectaculaires la grossesse une fois révéler. Cela vient du soulagement

---

<sup>64</sup> J. Charbonneau, *Adolescentes et mères*, PU de Laval, 2003, p.42.

<sup>65</sup> J. Clerget, *Fantasmes et Masques de grossesse*, PU de Lyon, 1986, p.192.

<sup>66</sup> J. Clerget, *Fantasmes et Masques de grossesse*, PU de Lyon, 1986, p.192.

psychologique induit par la reconnaissance de la grossesse, l'adolescente s'autorisant alors à montrer son ventre.

A cette ignorance s'ajoute la peur de la révélation, à elle-même d'abord, puis à la famille. Fait caractéristique, l'ami, le géniteur est rarement mis au courant en premier, s'il est même informé un jour. Ceci pose la question ou pas de la présence de la triangulation : père-mère-enfant et d'un minimum de vie relationnelle antérieure avec le partenaire ? Les auteurs<sup>67</sup> observent souvent une ambivalence de la jeune future mère dans ce contexte souvent mal perçue par les adultes. C'est à ce niveau là que se joue le processus d'acceptation par l'entourage ou de rejet, en fonction de la qualité de la structure parentale ou familiale.

L'adolescente enceinte n'est pas seule lorsqu'elle prend la décision de garder l'enfant, il y a toujours au moins une autre personne concernée : l'enfant lui-même. Les conséquences de l'arrivée de l'enfant interpellent tous les gens avec qui l'adolescente en tant que mère est et sera en relation.

La préférence des jeunes femmes de garder l'enfant est souvent liée, dans les écrits, à la diminution de la stigmatisation de la monoparentalité. En effet, les situations de maternité adolescente hors mariage ont connu une augmentation importante depuis quarante ans. (Brooks – Gunn et al, 1995, Vinoskis, 1993). Elever seule un enfant est donc un comportement suffisamment répandu socialement pour avoir acquis une certaine légitimité. Il est cependant loin d'être évident que le changement des normes sociales, qui a favorisé la diminution de la stigmatisation de la maternité monoparentale, joue aussi en faveur de la maternité adolescente.

---

<sup>67</sup> J. Clerget, *Fantasmes et Masques de grossesse*, PU de Lyon, 1986, p.194.

## 6- Le rôle de l'entourage :

- *La relation mère-fille :*

Celle-ci est en faveur du rôle de la mère de l'adolescente dans l'émergence du contexte propice à la grossesse aux conditions matérielles de la vie de la nouvelle famille à long terme, en passant par le moment décisif du choix de garder l'enfant. L'adolescence est une étape du cycle de vie qui suppose une réorganisation des rapports avec les parents (Charbonneau et al, 1989). Ce mouvement s'accompagne d'une redéfinition de l'échange entre parents et enfant vers une plus grande réciprocité (Charbonneau et al, 1996). L'affirmation de l'identité et de l'autonomie de l'adolescente suppose une relecture des liens avec les parents. L'image de ceux-ci sert aussi de modèle ou de repoussoir dans le choix de sa propre trajectoire de vie. Des auteurs ont rappelé l'importance de la mère dans chacun de ces domaines (Charbonneau et al, 1989,..., Musick 1993). Le lien mère-fille est souvent représenté comme un lien différent des autres, à tort ou à raison, plus intime, plus empreint d'émotivité. La redéfinition du rapport aux parents, et en particulier à la mère, se présente dans un contexte très spécifique pour les jeunes filles qui deviennent mère à l'adolescence. Pour nombre d'entre elles, le processus de détachement sera stoppé et la dépendance sera prolongée.

- *La vie conjugale des mères adolescentes :*

Il est rarement question de la présence et du rôle des pères biologiques des enfants nés dans le contexte d'une maternité adolescente<sup>68</sup>. L'opinion la plus répandue suggère qu'ils sont d'abord assez favorables à l'arrivée de l'enfant, mais qu'ils s'investissent finalement très peu et qu'ils disparaissent de leur vie dans les deux années qui suivent la naissance (Charbonneau et al, 1989). Ils sont généralement présentés comme plutôt immatures, assez

---

<sup>68</sup> J. Charbonneau, *Adolescentes et mères*, PU de Laval, 2003, p.160.

irresponsables et ne disposant pas de bien de ressources personnelles pour venir en aide à la jeune mère.

Un autre facteur peut entrer en ligne de compte, validé par des recherches (Cervera 1991) : celui d'une hostilité fort répandue des grands-parents maternels à l'égard du père, surtout s'il est peu scolarisé et ne travaille pas qui tend à éloigner l'enfant du père.

- *Rôle de l'institution susceptible d'accueillir les jeunes filles*<sup>69</sup> :

L'institution offre un relais pour les parents de l'adolescente ou pour une autre institution. Il ne s'agit pas de prendre *la place de* mais d'être avec l'adolescente et autant qu'il est possible, son environnement familial et social et les autres travailleurs sociaux. Il est important que les adolescentes trouvent un cadre de vie sécurisant, protecteur mais aussi ouvert et stimulant qui lui permette de se projeter dans l'avenir.

L'institution sert de médiateur entre la jeune femme et son ami, entre elle et ses parents ; entre la jeune mère et son enfant. Il est parfois très dur pour l'adolescente de porter seule la responsabilité de son enfant. Ces fonctions de relais, de médiation, de soutien, ne peuvent s'imaginer sans un support affectif important, sans la confiance de l'adolescente qui a déjà en temps normal de la difficulté à entrer en rapport avec les autres adultes. Cela implique de la part des professionnels de l'institution un investissement important. L'objectif étant de permettre à l'adolescente de passer à l'état adulte, et pourquoi pas de parent.

Nous allons maintenant aborder la méthodologie mise en place pour réaliser cette étude.

---

<sup>69</sup> J. Clerget, *Fantasmes et Masques de grossesse*, PU de Lyon, 1986, p.196.

# PARTIE METHODOLOGIQUE

## I- Problématique et hypothèse de travail

L'ensemble de ces travaux laisse penser que la maternité à l'adolescence peut-être une expérience pouvant faire le lit de certaines difficultés dans la construction du lien mère-enfant. Nous nous demanderons en quoi la maternité à l'adolescence peut interférer sur le lien mère-enfant dans une société donnée, c'est-à-dire occidentale, où une maternité précoce évoque pour certains une anomalie sociale et des risques nombreux.

**Plus précisément, il nous semble pertinent d'envisager le lien mère-enfant, chez les mères mineures, comme portant potentiellement le risque d'être dans des pôles plus extrêmes de sentiments de haine et d'amour, avec une difficulté à assumer l'ambivalence naturelle. Ces risques viendraient en partie du processus de l'adolescence que vivent ces mères ; un travail d'élaboration de leur histoire passée et présente permettrait d'assumer plus aisément leur rôle de mère et leur processus d'individuation.**

Nous rencontrerons ces jeunes mères-adolescentes dans une perspective clinique afin d'évaluer en quoi la maternité réactive ces sentiments d'amour et de haine et quelle en est la nature du lien mère-enfant.

## **II- Méthodologie de vérification des hypothèses**

### **A) Présentation du lieu de la recherche**

Notre recherche aura lieu dans un foyer d'éducation maternelle « La Clairière » à Marquette-Lez-Lille. Il a pour mission d'accueillir des adolescentes selon trois critères d'admission :

- être mineure,
- enceinte ou avec un jeune enfant,
- être en difficulté.

Cet établissement maternel appartient au dispositif départemental d'aide sociale à l'enfance depuis la loi du 6 janvier 1986. A ce titre, il n'est pas assimilé aux maisons d'enfants à caractère social. Il n'est pas non plus un centre maternel qui accueille des mères adultes avec leurs enfants.

Les mineures sont placées au sein du foyer soit par décision du président du conseil général (loi du 6 juin 1984), soit sur décision judiciaire. Ceci ne prive pas la mineure des liens avec sa famille sauf en cas de déchéance parentale.

### **1- Historique**

L'histoire du foyer commence en 1952 avec la fondation du « Bon Pasteur » consécutivement au désir d'agrandissement de la maison de Lille à Marcq-en-Baroeul. Celle-ci ne pouvant plus héberger le nombre grandissant de pensionnaires, une ancienne usine de Marcq-en-Baroeul entourée d'un grand jardin fit office de lieu d'accueil. En 1934, la Maison-Mère procède à la séparation des deux maisons de Lille et de Marcq-en-Baroeul.

A la demande des services administratifs et judiciaires, la maison s'est transformée en maison maternelle pour jeunes mères célibataires. Elle fut inaugurée et bénie par son Eminence le Cardinal Liénart, sous le nom de « La Clairière », le 29 septembre 1956. Elle comptait alors trois groupes de 20 jeunes mères célibataires.

En octobre 1959 a lieu l'ouverture d'un home de semi-liberté dans les locaux de la propriété, dix jeunes mères travaillent à l'extérieur et y retrouvent leur enfant le soir.

En 1972, sur le terrain qui servait de prairie, au fond de la propriété, un foyer pour jeunes travailleuses fut construit ; cette partie du terrain se trouvait sur la commune de Marquette, la propriété s'étendant sur les deux communes. Ce nouveau foyer remplaça le home de semi-liberté, peu fonctionnel.

En 1974, les vieux bâtiments et le jardin furent vendus, à l'exception de la poterie qui servit de logement provisoire à la communauté.

En 1981, une nouvelle construction fut faite par la communauté, derrière le foyer, sur la commune de Marquette, la communauté s'y installa en octobre.

En 2004, le foyer inaugure la construction de plusieurs appartements destinés aux jeunes mères en complète autonomie.

Aujourd'hui, un nombre restreint de religieuses travaillent au service de l'œuvre avec un personnel laïc, acceptant de travailler dans l'esprit du bon pasteur.

## 2- Le personnel

L'équipe du foyer d'éducation maternelle est composée :

- D'un directeur chargé des fonctions d'animation, de direction technique et d'administration générale. Il est responsable permanent de la mise en œuvre des actions éducatives, pédagogiques, techniques ou thérapeutiques qui incombent à ce type d'établissement. Il est donc le garant de la bonne marche de la structure. La dimension humaine est bien entendue très présente et s'exerce à tous les niveaux de ses diverses fonctions.

- Pour l'aider dans sa tâche, une secrétaire et une aide-comptable ont en charge les dossiers de l'institution.

- Un chef de service éducatif fait le lien entre la direction et l'équipe éducative. Il assume principalement des responsabilités éducatives et administratives. Dans ce cadre, il est amené à organiser entre autres les entretiens d'admission. Il peut également être sollicité par le personnel en cas de difficultés, d'ordre disciplinaire, notamment pour « recadrer » les jeunes.

- L'équipe éducative est composée de cinq éducateurs spécialisés, une éducatrice de jeunes enfants, deux assistantes sociales, deux auxiliaires de puériculture dont une animatrice de jeunes enfants, une conseillère en économie sociale et familiale, une animatrice, une monitrice-éducatrice, une aide-médico-psychologique. Leurs tâches sont diverses. Il existe entre eux une complémentarité et une polyvalence au niveau de leur mission. Celle-ci est d'intervenir dans un processus éducatif, directement ou indirectement, seul ou en équipe pluridisciplinaire pour permettre aux mères ou futures mères adolescentes en graves difficultés familiales, sociales et scolaires, de développer leur personnalité, de favoriser la relation avec leur enfant et leur intégration sociale.

- Une psychologue est présente à temps partiel dans l'établissement. Elle reçoit les jeunes en entretien à leur demande dans le cadre de suivis de courte durée et

entreprennent si nécessaire des psychothérapies d'orientation-cognitivo-comportementale. Toutefois, l'implication de la psychologue dans l'équipe éducative est un obstacle au suivi au long cours. Elle propose donc aux jeunes des prises en charge extérieures dans les structures de type CMP (centre médico-psychologique). Elle accompagne également les jeunes dans les activités de la vie quotidienne afin de pouvoir observer et analyser les éventuels dysfonctionnements cognitifs ou problématiques individuelles. La psychologue a également une action auprès de l'équipe éducative. Elle participe aux réunions et donne un éclairage psychologique quand cela est nécessaire. Elle permet de recadrer les objectifs en fonction des capacités des jeunes, de leur maturité psychoaffective, de leur mode de fonctionnement cognitif et de leurs désirs réels. La psychologue fait partie intégrante de l'équipe éducative et est amenée à faire des « postes » où elle prend en charge le groupe (les jeunes d'une des trois unités). Ceci a été conçu comme une façon d'entrer en contact avec des jeunes qui ne souhaitent pas être accompagnés par un psychologue. Elle réalise des évaluations grâce à l'outil informatique.

- Une infirmière et une puéricultrice travaillent à tour de rôle à l'infirmerie. L'une s'occupe du bon suivi de la maternité et de la mère elle-même après la naissance. L'autre a plus particulièrement en charge le développement de l'enfant une fois né en lien avec les services externes.

- Au sein des services généraux, trois maîtresses de maison et deux hommes d'entretien garantissent la bonne marche du foyer sur le plan des repas d'une part et de maintenance d'autre part. L'entretien des salles de vie commune est assuré par les jeunes selon un planning défini à l'avance.

- La nuit, des veilleuses sont à la disposition des mères pour les aider dans leurs premières expériences avec leur bébé.

### **3- Spécificité de l'institution**

Les jeunes de l'institution sont répartis en trois groupes ; Le premier groupe (G1) est le groupe d'accueil des jeunes femmes, futures mères souvent. Lorsque le niveau d'autonomie est suffisant, elles changent d'unité pour rejoindre le second groupe (G2). Là, elles occupent des chambres plus grandes ou des studios selon les disponibilités. Dans ce groupe, elles préparent progressivement leurs repas et celui de leurs enfants jusqu'à une autonomie complète. Lorsque la maturité affective est suffisante, elles sont logées en appartement extérieur mais toujours sur le même terrain (G3) et les contacts ne sont qu'épisodiques avec l'équipe éducative. Puis lorsque la majorité est atteinte et que les conditions sont réunies, elles quittent le foyer pour habiter en logement extérieur.

Le personnel non éducatif a aussi une mission d'éducation. En effet, les cuisinières (G1) par exemple proposent de partager leurs connaissances avec les jeunes et permettent suivant le niveau de chacune de progresser dans ce domaine. Toutes les autres personnes côtoyées (stagiaires, personnel de maintenance, etc....) peuvent participer à cet échange relationnel « éducatif » avec les résidents.

### **4- Les ateliers proposés**

Un certain nombre d'activités, en interne, sont proposées aux jeunes femmes. Nous citerons l'atelier photographie, maquillage, les travaux manuels ou encore l'atelier lecture puisqu'ils ont trait à la valorisation de soi et de ses compétences, à un temps accordé pour soi au travers de productions diverses. Certains membres du personnel ont plus spécifiquement en charge ces activités selon leurs formations.

#### **. L'atelier photo**

L'atelier photographie a été créé par une éducatrice. Outre le rôle éducatif de cette activité : respect du matériel, de l'autre, socialisation..., il permet d'inclure l'enfant dans un espace générationnel, familial. Par exemple, des photos seront

prises aussi bien à la maternité qu'ensuite, de l'enfant, du père, de la mère et parfois des grands-parents s'ils sont présents.

#### **. L'atelier maquillage**

Il a été proposé par un autre membre de l'équipe et développé en partie pour travailler sur l'image de soi et la restaurer.

#### **. L'atelier « travaux manuels »**

Celui-ci est d'accès libre selon des horaires prévus par la personne responsable de l'atelier. Celle-ci par ses aptitudes dans le domaine du bricolage encadre les jeunes pour les activités qu'elles souhaitent faire pour elles-mêmes ou pour leur enfant. Ce peut être de la couture, de la peinture, de la confection de pêle-mêle, de la pyrogravure, de la décoration, du tricot,...

#### **. L'atelier lecture**

Il a lieu a priori une soirée par semaine et s'adresse aux adolescentes qui le souhaitent afin qu'elles puissent s'arrêter un temps, écouter une histoire, se laisser aller à l'imagination, à un mouvement régressif dans un temps donné ou encore feuilleter des livres pour le plaisir.

### **B) Population rencontrée pour la recherche**

Trois mères mineures et leurs jeunes enfants contribueront à la réalisation de notre étude : Nous rencontrerons Julie arrivée en septembre 2003, au sein de la structure « La Clairière », à sa demande et son fils, Gabin ; Amélie et son fils, Maxime arrivés en mars 2003 confiés par l'aide sociale à l'enfance pour éviter le placement de ce dernier ; Clotilde et sa fille, Olivia arrivées en septembre 2003 à la demande de la mère.

Nous envisagerons avec chacune des mères-adolescentes rencontrées, un temps de parole et d'observation des différentes activités du quotidien afin d'être en mesure d'évaluer la relation mère-enfant.

Dans le but de choisir au mieux notre population, nous nous sommes arrangés pour que nos sujets présentent une grande caractéristique commune : le niveau d'autonomie dans lequel se trouvent ces mères ; celles-ci font toutes les trois parties du groupe 2 : soit en autonomie moyenne, vivant en studio et apprenant la réalisation des repas. Ce choix ne consiste pas à introduire de nouvelles variables dans notre recherche mais à rendre plus harmonieuse notre population rencontrée pour cette étude.

Le libre-arbitre des sujets concernant leur participation à cette recherche peut être considéré comme l'un des facteurs caractérisant la population rencontrée. Ces mères seront libres de participer ou pas à cette recherche.

## **C) Les outils utilisés**

### **1- L'entretien clinique**

Nous nous appuyerons entre autre sur les éléments recueillis à partir de l'entretien clinique. Le mode choisi sera semi-directif. L'intérêt de l'entretien clinique est qu'il ne présente pas de schéma préétabli et permet par conséquent de maintenir cette ouverture à la nouveauté et d'« entendre ce que l'autre a à nous dire ».

Nous serons attentifs à la façon dont la mère parle à son enfant, à ses défenses, son fonctionnement psychique, sa relation d'objet.

Le choix d'entretiens successifs permet d'instaurer progressivement une relation de confiance sujet-psychologue, cela d'autant plus à l'âge de l'adolescence où les défenses semblent relativement grandes. A chaque entretien nous évoquerons un thème en laissant toujours la possibilité à la personne d'aborder quelque chose de nouveau si elle le désire. Evoquer un thème plus précis rassure ces jeunes pour qui la parole libre peut parfois être source d'angoisse.

Cet espace de parole proposé à ces mères permettrait un temps d'arrêt dans leurs activités quotidiennes pour trouver un lieu où la souffrance comme les joies peuvent être verbalisées et ainsi reconstruire une histoire souvent décousue.

## **2- L'observation Clinique**

Nous partirons de l'observation de l'interaction mère-enfant à partir des activités du quotidien telles que le bain de l'enfant, les repas, les attitudes de la mère en entretien, ses gestes, son intonation de voix, les regards, le contact physique. Nous nous intéresserons alors à l'étude de la réciprocité dans l'interaction mère-enfant, c'est-à-dire les rapports existant entre les comportements de deux partenaires de l'interaction afin d'en comprendre quelque chose.

## **3- Les éléments transfériels et contre transférentiels**

Il nous a semblé intéressant de nous appuyer sur l'analyse du transfert et du contre-transfert inhérents à la rencontre clinique. Ces éléments apparaissent habituellement dans la cure analytique mais colorent toutefois les relations entre le psychologue et le patient lors d'un suivi.

En effet, le transfert joue un rôle important dans la relation établie au sein même de la rencontre clinique : ce sont les mouvements affectifs colorés de sentiments amoureux ou de sentiments négatifs, situés davantage sur le versant de l'agressivité. Ces mouvements affectifs du patient sont transposés à l'égard du

clinicien en fonction des modalités relationnelles inconscientes et imaginaires qui dépendent des expériences infantiles du patient. Il va s'agir de percevoir les mouvements, les désirs inconscients du sujet vis-à-vis de nous.

Pour le contre-transfert, il s'agit des sentiments que le thérapeute peut avoir envers le sujet. Son analyse le renseigne sur ses propres réactions affectives à l'égard du sujet et à pénétrer la signification des communications et des messages ayant valeur de sens pour comprendre le comportement du patient.

Ces éléments constituent un véritable matériel clinique qui permettra au thérapeute d'envisager l'autre dans sa globalité avec respect ainsi qu'une analyse plus approfondie de ce que le sujet a à dire.

Nous choisirons de travailler l'analyse des études de cas par thèmes, cela nous semble plus pertinent pour répondre à notre hypothèse posée et plus intéressant pour le lecteur. Ces différents thèmes permettront de mettre en évidence les similitudes et les divergences des personnes rencontrées.

## **D) Démarche**

Un premier contact sera effectué avant le premier entretien, rencontre au cours de laquelle nous proposerons aux mères de les rencontrer dans le cadre d'un témoignage sur leur vécu de parent. La consigne sera la suivante : « nous nous intéressons au lien mère-enfant et souhaiterions vous rencontrer afin que vous nous apportiez votre témoignage ». En précisant que ces témoignages permettront ensuite aux professionnels de mieux accompagner les prochaines mères arrivant en foyer et que nous réaliserons une recherche à ce propos. Chaque mère aura un laps de temps nécessaire pour prendre sa décision. Avant toute démarche effective, nous jugeons utile d'être présent dans les lieux de vies communs aux jeunes (cuisine, salle de jeux, hall...) et ce pendant un temps assez long afin que

les jeunes connaissent nos visages. Il s'agit d'instaurer un climat de confiance d'autant plus délicat à établir avec un adolescent, souvent, à la fois en grande demande et dans le rejet du lien à l'autre.

Enfin les entretiens auront lieu dans l'espace de vie des mères (studio), ceci étant possible puisque l'on est dans un cadre de témoignage et d'accompagnement et non dans un cadre dit psychothérapeutique au sens strict du terme, et que la demande vient du psychologue stagiaire et non des adolescentes. Les rencontres s'étaleront sur plusieurs mois pour chaque mère, à raison d'un entretien au moins tous les quinze jours. Ces derniers se dérouleront sur un mode semi-directif afin d'assurer les grands axes de notre recherche.

## **PARTIE CLINIQUE**

### ***Julie, 17 ans et Gabin, 2 mois***

#### **A) Présentation de cas**

Julie, âgée de 17 ans, est une jeune fille réservée. Avant de donner sa confiance, cette jeune fille s'assure d'abord de qui elle a en face d'elle. Elle porte de longs cheveux blonds et ses yeux en amande révèlent un « *regard observateur* ».

Gabin, âgé de deux mois à peine lorsque nous commençons les entretiens, est un nourrisson aux cheveux d'ébène et au teint mat qu'il tient de son père, originaire de l'île maurice. L'enfant contre sa mère offre une image belle par son contraste.

#### **B) Anamnèse**

Julie est née le 18 septembre 1987. Aînée d'une famille de sept enfants (5 filles, 2 garçons), celle-ci apprend vite à prendre soin de ses frères et sœurs, tout particulièrement des derniers, âgés de 3 ans et sept mois. Ils vivaient dans une maison composée de deux chambres, la mère dormant en haut avec les filles et le père en bas avec les garçons. L'année dernière, peu avant sa grossesse, Julie émet le « vif » souhait de quitter sa famille dont elle ne partage plus les valeurs familiales afin de partir en pension ; ses parents accueillent ce projet avec réticence. Peu de temps après, Julie est enceinte. Ce sera alors au cours de sa grossesse qu'elle quittera les lieux : « *Mon père, il ne dit rien quand mes frères font des bêtises, ils cassaient mes affaires, c'est pour cela que je me suis cassé* ».

Actuellement, la jeune fille suit une formation professionnelle mention « BEP secrétariat » avec assiduité en vue de continuer sur un baccalauréat professionnel. « *Il faut que je révise, il faut que j'ai mon BEP..., après je voudrais faire un Bac pro secrétariat* ».

Julie arrive en septembre 2004 au foyer « La Clairière » alors enceinte de sept mois.

### **C) Histoire de la grossesse**

Julie apprend qu'elle est enceinte mais ne veut pas le dire tout de suite à ses parents ne sachant pas si elle souhaite garder l'enfant d'autant qu'elle connaît l'opposition formelle de ses parents vis-à-vis de l'avortement. « *Je voulais pas leur dire, en plus je connais leur idée, ils sont contre l'avortement* ». Lorsque Julie est enceinte de cinq mois et demi, les relations devenant conflictuelles, elle quitte le domicile familial où elle vivait avec son copain (les parents avaient aménagé une petite pièce en « studio » pour leur intimité), pour vivre chez sa tante paternelle. La grossesse se déroule sans difficultés majeures, excepté ses différents changements de lieu de vie. Julie accouche le 11 décembre 2004 et donne la vie à un fils, Gabin.

Le père de Gabin est âgé de 39 ans et déjà père de cinq enfants d'un premier mariage et d'un sixième avec une concubine avec qui il est parfois encore. Il est actuellement en attente de régularisation de papiers.

## **D) Julie et son fils dans différentes situations du quotidien**

Nous reposerons notre observation à partir des interactions comportementales entre la mère et l'enfant.

### *Le holding*

Lorsque Julie tient son fils dans les bras, il semble parfois que celui-ci pourrait en tomber : Gabin se trouve poser contre elle sur le bas de son ventre comme-ci il avait glissé du haut vers le bas. Cette façon de tenir l'enfant, à plusieurs reprises, a inquiété les professionnels qui lui en ont fait part ; Julie affirme, sûre d'elle, que « *c'est comme ça que Gabin se sent bien* ».

### *Le bain*

Julie ne s'attarde pas sur la toilette, Gabin semble bien dans son bain. Julie fait jouer son enfant en le sollicitant par des jets d'eau sur le corps. Gabin lance des « coups de pieds » et sourit. Ce moment apparaît agréable pour les deux partenaires. La mère enduit souvent son enfant d'huile pour le masser après le bain. Cela lui permet d'avoir un contact corporel privilégié avec l'enfant. Selon Julie, c'est un moment qu'elle apprécie tout spécialement : « *j'aime bien lui donner son bain* ».

### *Au coucher*

Julie couche son enfant, l'embrasse d'un baiser furtif, lui met sa musique, son « doudou » (une peluche), et parfois même un drap sur la tête ce qui semble rassurer Gabin et quitte rapidement la pièce.

### *Au réveil*

Gabin gazouille souvent avant de pleurer. Sa mère va le chercher bien souvent peu de temps après.

### *Les repas*

En général, Gabin avale ses repas sans difficulté et même « goulûment ». Il pleure souvent pendant 10 min avant de prendre son repas, ce qui exaspère sa mère.

Les contacts visuels et vocaux entre l'enfant et la mère sont limités semble-t-il, que se soit au moment du repas, du coucher ou à d'autres moments. Les contacts sont davantage sur un mode corporel. Il semble que Gabin s'inscrive encore dans la continuité de sa mère plutôt que dans une véritable singularité.

## **D) Entretiens cliniques à thèmes**

### **Relation avec son fils**

#### *Son désir d'enfant*

« *Je veux qu'il ressemble à son père..., j'étais contente pour mon copain que se soit un garçon car avant il n'en avait qu'un* ». Il semble s'agir, au sens où Freud l'entend, d'« un désir de recevoir du père un enfant, de mettre au monde pour lui ». En effet, il ne s'agit sans doute pas tant de son père à elle mais du « père » au sens symbolique du mot.

Peu de temps après la naissance de Gabin, nous entendons Julie exprimer à nouveau son désir d'enfant : « *je pourrais déjà en avoir un deuxième* ». Fantasmer un « prochain » enfant face à celui qui vient de naître, ce peut être synonyme du recours à un tiers séparateur et laisser une place vacante où l'enfant naissant pourra grandir (Deleau et Weil Barais, 2003). Mais n'est-ce pas aussi l'occasion de nier l'importance des soins, de la disponibilité de la mère ? L'utilisation conjointe des termes « déjà en avoir » ne dit-elle pas « il n'a plus besoin de moi ». En effet, Julie laisserait une place au père, en se dégageant de la relation fusionnelle avec l'enfant mais garde-t-elle sa place de mère pour qu'ait lieu une véritable triangulation ?

### *Les pleurs*

« Dans la relation singulière à la mère se joue de l'amour et de la haine » (M. Benhaïm, 2002). Les pleurs de l'enfant, semble-t-il, illustrent bien cette phrase de l'auteur. Julie nous fait part de cette ambivalence : « quand il pleure, je le mets tout de suite dans mes bras parce que, pour lui, mes bras c'est son repère ». Cette mère, en effet, connaît son enfant et sait que ses bras sont un refuge où l'enfant retrouve une certaine quiétude. Julie montre par-là son attachement à son enfant. D'autres fois, les pleurs peuvent susciter d'autres sentiments chez la mère : « tout à l'heure, je l'aurais tué, il a pleuré fort ». Julie exprime, ici, sans retenue son sentiment de haine suscité par les pleurs de Gabin. A travers cette verbalisation qui apparaît comme « violente », et dont les termes teintés d'exagération sont vraisemblablement ceux que l'on entend souvent dans la bouche d'un adolescent, s'exprime clairement l'ambivalence de Julie à l'égard de son enfant. Cette ambivalence exprimée n'est-elle pas justement ce qui va permettre à cette mère de ne pas passer à l'acte et de malgré tout supporter ces pleurs qui suscitent son agacement.

Les propos de Julie reviennent souvent au sujet des pleurs : « *il va commencer à m'énerver..., en ce moment, il pleure beaucoup..., il a pleuré tout le week-end, personne n'a réussi à le calmer* ». Vécue dans toute son impuissance, la capacité à apaiser son enfant peut parfois être une mise à l'épreuve. Ce sentiment d'impuissance fragilise la mère et risque d'engendrer une certaine agressivité comportementale chez cette jeune mère si elle ne peut dépasser cet agacement. Benhaïm (2003) parle d'*ambivalence négative* lorsque que la demande de l'enfant envahit trop la mère, l'enfant rencontre alors des déceptions ; et, par conséquent, cette angoisse se met à les envahir tous les deux. En effet, Julie demande probablement, en exprimant cette ambivalence, un soutien pour faire face à cette angoisse.

### *L'agressivité*

« *Il est chiant, il jette ses jeux par terre...tu veux que je te casse la gueule* », « *fais pas pipi sur mon clic clac, je te casse la gueule sinon* ». Ces dernières phrases de Julie à l'égard de son enfant, montrent une certaine externalisation des affects sur

le mode de l'agressivité verbale ; ne seraient-elles pas une mise en acte de la mère pour lutter contre l'angoisse, un moyen bien connu des adolescents dont la maîtrise de soi n'est pas toujours bien acquise. L'enfant vient par son existence réveiller l'angoisse latente de cette mère. Il semble que la situation soit de moins mauvaise augure tant que celle-ci est capable de parler de cet agacement.

Julie surnomme son enfant « *puant* », parle de lui en disant « *c'est un puant* » et l'appelle ainsi quand elle s'adresse à lui. Ce terme choisi par la mère, exprimé sur un ton affectueux, si l'on s'en tient au timbre de sa voix, vient signifier semble-t-il une certaine agressivité aussi. « Est puante une odeur qui envahit et dont on ne peut que s'éloigner ! ». N'exprime-t-elle pas à travers ce surnom, la place que vient prendre cet enfant dans sa vie, un être qui vient l'envahir. En effet, les soins dont l'enfant a besoin peuvent être considérés comme tel par la mère. « Après la naissance, l'objet devient externe et nouveau. Ce changement nécessite un nouvel équilibre relationnel à trouver. De la naissance auxquelles les femmes sont soumises en donnant naissance à l'enfant peut surgir de la haine » (M. Benhaïm, 2002). C'est, probablement ce que Julie est en train de vivre. Cet enfant qui l'accapare, qui dépend d'elle, susciterait la haine par le trop plein de sa demande.

Cette mère exprime tantôt des sentiments d'amour tantôt des sentiments de haine à l'égard de son enfant, chose naturelle voire structurante ; mais parfois sur un mode excessif qui pourrait peut-être engendrer une certaine angoisse chez les deux sujets. En effet, Gabin apparaît comme un enfant pas tout à fait serein. Son visage semble parfois fermé, tendu, il pleure beaucoup. L'agressivité exprimée souligne sans doute le besoin de cette jeune mère d'être accompagnée dans son quotidien pour l'aider à prendre soin de son enfant.

### *L'ennui*

A plusieurs reprises, Julie exprime l'ennui : « *quand Gabin dort toute la journée je m'ennuie..., je m'ennuie quand je lui donne le biberon* ». Sentiment bien connu de l'adolescent. Cet enfant ne vient-il rappeler que l'ennui ? L'espace « vide », où l'ennui est ressenti, peut être l'occasion pour la jeune femme d'être créative, d'occuper son temps soit par l'action, soit par la pensée. Le processus d'adolescence, en marche chez Julie, peut progressivement l'amener vers cette

créativité si ces moments d'ennui lui permettent de trouver un espace où la pensée puisse lentement s'élaborer. Seulement, cette jeune femme semble démunie devant cet ennui et tend, pour l'éviter, à allumer la télévision. Nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure cette adolescente peut trouver des espaces de temps où sa pensée puisse se dérouler et l'amener progressivement vers un processus d'individuation.

### *Les peurs*

Un autre moyen pour Julie d'exprimer son ambivalence vient se situer dans ses peurs à l'égard de Gabin : « *j'ai toujours peur qu'il s'étouffe la nuit..., j'ai toujours peur qu'il tombe* ». Boris Vian résume en une seule phrase ce que Julie dit ici : « je l'aime tant que je ne pense qu'à ce qui peut lui arriver de pire ». Il s'agirait ici des vœux de mort normaux de la mère à l'égard de l'enfant, transformés en une surprotection anxieuse pour qu'ils soient exprimés. Sans doute pouvons-nous considérer ces peurs comme venant d'un processus normal rencontré chez de nombreuses mères. Cette jeune adolescente se sent encore fragile dans sa fonction de mère et manque d'assurance ; c'est ce qu'expriment ses peurs.

### *L'alimentation*

« *J'ai toujours envie de savoir combien il pèse..., j'ai peur qu'il n'ai pas assez de nourriture..., les repas, ce sont des moments que j'aime bien* ». Julie parle de façon récurrente du poids de Gabin. En effet, c'est un enfant qui mange beaucoup, qui grandit vite en taille. Sa mère accorde une importance étonnante à ce qu'il grossisse chaque semaine voir chaque jour. C'est souvent une des premières choses qu'elle évoque en entretien. Nous pouvons nous demander si derrière ce souci, le désir de la mère n'est pas de montrer qu'elle est une « bonne mère ». S'il grossit, c'est qu'il va bien et donc que j'en prends soin.

### *Valorisation narcissique*

Gabin trouve une place dans le discours de la mère comme un enfant dont elle est fière et qui peut aussi la valoriser-elle : « *hier, je l'avais mis en jogging et baskets Nike, il était beau..., la première fois que je l'ai mis dedans (un trotter) il savait déjà en faire..., je suis fière de mon fils, je veux le montrer à tout le monde* ».

### *Empathie*

« Très souvent la mère ressent empathiquement l'état affectif de son bébé et lui en propose une sorte d'interprétation » (Winnicott, 1974). Julie semble en donner la preuve lorsqu'elle raconte « *quand je lui ai mis des gouttes dans les oreilles, il a attrapé ma joue parce qu'il avait mal* », ou encore « *je l'avais jamais vu pleuré comme ça, tellement il avait mal, il a pas voulu son goûter* » (suite à un vaccin). Cette jeune mère grâce à l'attachement éprouvé envers son enfant serait capable de fantasmer ce qu'il peut ressentir. Il semble que c'est à partir de cette capacité que la mère peut s'ajuster ensuite en fonction des besoins de l'enfant.

### *Epanouissement*

« *Je me sens plus heureuse qu'avant, c'est Gabin. Pendant, la grossesse c'était bien, c'est tout, après l'accouchement, Gabin est là* ». Cet enfant, arrivé dans la vie de Julie, semble lui apporter un certain épanouissement. Julie semble trouver, au fil des jours, sa place de mère. Et ceci provoque chez Julie l'ouverture sur les autres. « *Avant je sortais jamais* », dit-elle.

### *L'avenir*

Julie, qui pour elle-même déjà investit l'école, projette pour son enfant qu'il réussisse tout en lui laissant sa façon à lui de réussir : « *je veux qu'il réussisse, qu'il apprenne à l'école* ». Elle se projette aussi loin dans le temps : « *je voudrais avoir des petits enfants... pas tout de suite quand même* », « *pas d'enfant à mon âge, je dirai rien mais je préférerais qu'il ai tout ce qu'il faut avant* ». Julie exprime là le fait qu'elle ressente sa maternité comme précoce et qu'elle ne le souhaite pas à son enfant.

Julie projette aussi sur son fils ce qu'affectivement il pourrait lui apporter et qu'elle n'a pas forcément eu : « *mon fils, s'il me disait je t'aime...dans ma famille, on dit jamais je t'aime* ».

## Lien avec le père de l'enfant

Les deux jeunes gens sont ensemble depuis deux ans et demi et se sont connus à la « ducasse ». Ce garçon, bien plus âgé qu'elle, n'a pas plu à l'époque et ne plaît toujours pas au père de la jeune fille. Aurait-il peur qu'on lui prenne sa place de père ? Place d'ailleurs que sa fille lui reproche de ne pas prendre (notamment elle lui reproche de ne jamais rien dire à ses frères qui font les « quatre cents coups »). Julie dit qu'elle ne pourra jamais être avec un autre homme, qu'il n'y a que lui qui compte : la jeune femme semble emportée dans un amour passionné qui probablement l'empêche de regarder la réalité en face. Son discours évoque quelques craintes qu'elle ne semble pas élaborer davantage : « *j'ai peur qu'il parte en Angleterre* », « *il m'a trompé une fois, maintenant j'ai peur* », « *il n'aime pas qu'on lui pose des questions* ». Cette dernière phrase semble souligner, en effet, le flou de l'engagement du père auprès de son amie. Julie, peut-être par crainte de la séparation, n'ose pas éclaircir les points obscurs. L'adolescente fait part en entretien de ses attentes à l'égard du père : « *j'aimerais bien qu'il reconnaisse son fils* ».

D'autre part, le père de Gabin, deux fois plus âgé que Julie, est investi à un niveau très fraternel : « *il m'a dit qu'il était fier de moi quand il a vu que mon appartement était propre* » ; « *c'est pour lui que j'ai repris l'école, il veut que je travaille bien* ».

« *Je sais que je veux vivre avec lui et lui aussi est d'accord* ». Ce père, en apparence d'accord pour vivre avec la jeune femme, adopte semble-t-il des attitudes contradictoires. Il a un enfant qu'il ne souhaite pas reconnaître, ne vient voir Julie qu'occasionnellement, et continue sa relation avec l'autre mère de son enfant.

En ce qui concerne sa relation avec son copain et donc le père de Gabin, Julie en parle peu ou en des propos flous, ce qui sans doute n'est pas anodin. Il s'agit là d'un sujet délicat, la jeune femme laisse penser qu'elle a beaucoup investi cette personne mais est-ce réciproque ?

## **Lien avec sa famille**

Malgré son désir de quitter sa famille pour « prendre le large », il semble que Julie ait besoin de continuer à la voir : elle exprime souvent le fait que sa mère et ses dernières petites sœurs lui manquent. Julie éprouve une certaine tristesse quand ces derniers n'ont pu venir la voir le week-end. « *Ma mère et mes sœurs ne sont pas venues samedi* », exprime Julie les yeux soudainement embués de larmes. Elle tente tout de suite de détourner la conversation sur des propos plus anodins afin de cacher ses sentiments. L'adolescente donne l'impression de rechercher la présence de sa mère depuis la naissance de Gabin. Elles se sont offertes chacune un cadeau pour la fête des mères. Julie a tenu à nous montrer celui qu'elle a reçu. Il semblait porter une importance symbolique pour la jeune fille, sans doute la reconnaissance de son statut de mère par sa propre mère.

« *Mon père, il sait que je préfère mon copain* ». La relation au père semble conflictuelle, s'exprimant par une certaine jalousie, et par la réprobation de ce dernier envers la relation de sa fille avec ce garçon plus âgé. « *Il a peur que ma mère le trompe avec lui* ». Ce père craindrait-il que ce garçon ne lui prenne sa place de père ? Seraient-ils rivaux ?

« L'adolescence est une étape du cycle de vie qui suppose une réorganisation des rapports avec les parents. L'affirmation de l'identité et de l'autonomie de l'adolescente suppose une relecture des liens avec les parents » (Charbonneau et al, 1989). Julie exprime successivement des sentiments contradictoires à l'égard de ses parents, tantôt désireuse de les voir, tantôt ne voulant pas trop s'en approcher. Il semble que cette ambivalence fait partie du processus d'individuation en cours chez cette jeune fille.

## **Le travail**

Julie investit le travail et le voit comme une source d'autonomie et de gratification. En effet, depuis qu'elle a repris l'école malgré plusieurs mois

d'absence, la jeune adolescente revient souvent en disant : « *j'ai eu 16/20 en maths, j'ai eu 18/20 en professionnel* ». C'est avec quelque peu de fierté qu'elle vous l'avoue.

### **Autonomie**

Julie semble avoir bien saisi le fonctionnement des groupes (G1, G2, G3) et la progressive acquisition de l'autonomie jusqu'à son départ du centre. Elle exprime ainsi fortement son désir d'autonomie, d'indépendance à l'approche de ses 18 ans, en septembre prochain : « *je vais commencer à chercher un appartement, mon père va aussi regarder de son côté* », « *j'ai envie d'être majeure, je veux pas dire la responsabilité car j'en ai déjà avec mon fils* ». Ce désir d'autonomie semble exprimer un désir de liberté, sans contrainte, c'est-à-dire sans une équipe professionnelle derrière elle. Il montrerait, toutefois, la capacité de Julie à se projeter dans l'avenir, sa capacité à l'imaginer.

### **Evolution**

La maternité chez cette jeune fille semble arriver dans un contexte où celle-ci désire s'inscrire dans un processus d'autonomie (désir de quitter le nid familial) ; nous pourrions parler d'une sorte de « passage à l'acte ». L'agir est un phénomène bien connu chez les adolescents. L'acte est utilisé, ici, au sens d' « une conduite spontanée, accomplie sans réflexion mais nullement irréfléchie pour autant » (Braconnier et Marcelli, 2004). Il semble en effet lui permettre de quitter le « nid familial ».

La présence occasionnelle et l'ambiguïté de l'investissement du père semblent mettre la mère et l'enfant en difficulté. La mère n'a-t-elle pas l'impression de porter seule cet enfant, qui souffrirait de cette absence en miroir de la souffrance de sa mère. Audry (1961) parle à ce propos de carence paternelle lorsque les enfants sont placés en institution.

Au travers de ce que Julie nous a donné de voir et de comprendre, il semble si nous nous référons à l'approche génétique d'Erikson (1963) que la jeune fille se situe davantage au niveau de l'étape « *intimité ou isolement* » : « C'est seulement lorsque l'identité est vraiment constituée qu'une véritable intimité avec l'autre peut être expérimentée ». Il apparaît que Julie dans son lien à Gabin met une sorte de distanciation, contrepartie de l'intimité. Julie non sûre de son identité encore, tendrait à renier, à isoler les forces et les individus dont l'essence paraît dangereuse pour elle-même. La jeune femme n'a-t-elle pas besoin de fortifier son territoire d'intimité ? L'enfant arrivé précocement viendrait provoquer un sentiment d'envahissement chez la jeune mère, l'identité étant insuffisamment acquise.

Cependant, Julie, depuis son arrivée à « La Clairière », semble s'ouvrir peu à peu aux autres et à elle-même. En effet, au tout début, Julie ne disait mot et semblait garder pour elle ce qui la tourmentait ou la réjouissait. A ce jour, elle semble avoir trouvé sa place au sein du foyer et dialoguer plus aisément avec les uns et les autres. La naissance de Gabin aurait contribué selon elle à son épanouissement. Mais n'est-ce pas davantage son intégration dans une telle structure ?

D'autre part, les entretiens cliniques ont été très investis par la jeune femme, ce qui souligne son désir de trouver un espace pour être écoutée et reconstruire sa trajectoire de vie.

## ***Amélie, 16 ans et Maxime, 16 mois***

### **A) Présentation de cas**

Amélie, âgée de 16 ans, est une jeune fille au premier abord plutôt discrète. Elle ne cherche pas à se faire remarquer de l'adulte. Son attitude est nonchalante. La jeune femme a de longs cheveux blonds et frisés et de grands yeux bleus.

Maxime, âgé de 16 mois, lors de nos premiers entretiens, est un petit garçon au regard doux, presque triste, relevés par une tête toute blonde, fournit de jolies boucles que sa mère ne veut pas couper.

### **B) Anamnèse**

Amélie née le 29 décembre 1987. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. De son enfance, elle ne nous en dit pas grand chose. Ses parents ont divorcé quand elle avait 10 ans, sa mère étant partie avec un ami commun du couple. Amélie a vécu un temps avec sa mère et son beau-père qui aurait tenté des attouchements sur la jeune fille : « *il me caressait les seins* ». A l'époque, Amélie s'en plaint à sa famille, qui ne l'a prend pas au sérieux. Elle part vivre ensuite chez son père.

Après la naissance de Maxime, Amélie vit un temps dans la famille de son copain, et ce dans un climat de violence. Le 6 mars 2003, Amélie est confiée à l'Aide Sociale à l'Enfance, puis placée en foyer avec son fils, alors âgé de six mois et demi ce qu'elle accepte pour éviter qu'il soit placé.

Depuis octobre 2003, elle n'a plus de contact avec sa mère, suite à des grandes difficultés relationnelles entre elles. La mère d'Amélie ne s'adresse à sa fille que pour lui faire des remontrances. La jeune femme ne voit plus ses frères et sœurs, non plus. Quant à son père, elle ne l'a pas revu depuis qu'il est parti dans le Sud (un an) et il lui manque : « *j'aimerais bien le revoir* ». C'est donc dans un certain état de solitude que nous la rencontrons.

La jeune fille choisit de se séparer du père de son fils en janvier 2004, cela en présence d'un adulte professionnel par peur des violences de son copain. Depuis Maxime ne voit son père qu'un après-midi par semaine, en l'absence de la mère. L'enfant éprouve chaque fois une tristesse lorsqu'il part, montrant par-là son attachement.

Le 16 janvier 2004, Maxime est confié à l'Aide Sociale à l'Enfance puisque la mère n'avait pas réintégré la structure d'accueil depuis 13 jours, le temps de sa fugue. La menace d'un placement de l'enfant plane sur eux si la mère s'avise du moindre « faux bon ». La fugue d'Amélie vient souligner un désir de rupture de l'adolescente avec le contexte institutionnel.

Actuellement, la jeune fille est en formation « BEP secrétariat ».

### **C) Histoire de la grossesse**

Dès le retard de ses premières règles, Amélie devine qu'elle est enceinte : « *le premier jour où j'ai pas eu mes règles j'ai deviné* ». Pourtant, elle ne consultera qu'au cinquième mois pour en avoir la certitude. Elle explique cela pour deux raisons : « *je ne voulais pas le dire à mon père* » et « *je n'avais pas les papiers de la CMU* ». Ce n'est qu'à partir du sixième mois qu'Amélie prendra des kilogrammes, soit 22 kg sur les trois derniers mois. Il est vrai que la peur de parler de son état à son entourage proche, peut conduire à un refoulement de nombreuses manifestations connus chez la femme enceinte. La prise de poids spectaculaires chez cette jeune fille, la grossesse une fois révélée ne viendrait-elle pas du soulagement psychologique induit par la reconnaissance de la grossesse ? L'adolescente s'autorisant alors à montrer son ventre. Elle habitera tout au long de sa grossesse chez son père à qui semble t-il la nouvelle n'a pas plu. En effet, Amélie relate ses dires au moment de l'accouchement : « *Salope, enceinte à ton âge...laisse-le à la DASS* ». Sa mère lui rétorque à son tour : « *tu reviendras quand tu sera normale* ». Il semble important de noter qu'à l'âge de 16 ans, la

mère d'Amélie avait eu recours à un avortement. La grossesse de leur fille semble réveiller chez les parents une certaine violence.

Le premier soir, après la naissance de Maxime, ce dernier est confié aux infirmières pour que la mère se repose mais celle-ci insiste pour le récupérer le soir suivant craignant qu'on lui prenne l'enfant. « *J'avais peur qu'il le garde* ». Ainsi, Amélie semble s'inscrire dès la naissance de son enfant dans un registre d'incertitude quant à sa capacité à être mère. Comme si elle ne pouvait être une « bonne mère ». Cela peut être mis en lien avec le premier des huit stades d'Erikson, « *confiance fondamentale ou méfiance fondamentale* ». Le sentiment de confiance de base vis-à-vis du monde extérieur et des personnes significatives s'établirait dès les premiers mois du nouveau-né. Devant la crainte de cette jeune mère qu'on lui prenne l'enfant, nous nous posons la question de savoir si ce sentiment de confiance de base a pu être instauré dans son développement et si par conséquent, son enfant peut à son tour se développer avec ce sentiment de confiance de base?

#### **D) Amélie et son fils dans différentes situations du quotidien**

##### *Le bain*

Amélie prend son temps pour donner le bain à Maxime. Elle joue avec son enfant. Mais est-ce vraiment un jeu pour Maxime ? La mère pousse l'enfant d'avant en arrière dans un mouvement rapide. Maxime se laisse faire mais il reste perplexe. Puis la jeune femme prend la pomme de douche et lui laisse longtemps au-dessus du visage. Maxime ne bouge plus, a les yeux grands ouverts et figés, il semble subir la situation. La jeune femme ne s'amuse t-elle pas à voir l'enfant en difficulté.

##### *Les bons moments*

Le moment préféré de cette jeune mère avec son fils, serait lorsqu'il vient la rejoindre le matin dans son lit. Il semble que le contact corporel avec son fils ne la dérange pas, cette promiscuité est même appréciée de la mère. Cette exclusivité

peut interpellé sur la place que vient prendre l'enfant pour sa mère, puisque les autres modes de communication semblent davantage problématiques (échanges vocaux, ou visuels).

#### *Les repas*

Lors des repas, que Maxime et sa mère partagent avec l'équipe éducative, si celui-ci interpelle sa mère, il semble qu'elle ne l'entend pas. Amélie ne s'adresse pas spontanément à l'enfant pour lui parler ou pour le regarder. Il arrive souvent qu'un professionnel se mette à intervenir avant la jeune femme lorsque l'enfant est en demande. Amélie se repose-t-elle trop sur l'équipe pour la charge de son enfant où l'équipe se substitue-t-elle à la mère ? Il semblerait que la jeune fille ne prenne pas ou n'ose pas prendre sa place de mère et l'équipe intervienne rapidement, ne laissant peut-être pas le temps à Amélie de réagir.

#### *Au coucher*

Au moment du coucher, Amélie pose son enfant dans son lit, met un disque de « contes du monde » que lui a conseillé une éducatrice et quitte la chambre. Il n'y a pas d'échange affectif verbal ou oral.

;

#### *Jeux*

Alors qu'Amélie, son fils, une autre jeune mère et son enfant étaient dans la salle de jeux ; elles se mettent à « jouer à la bagarre » prenant leur enfant pour taper sur l'autre enfant. Il semble se jouer là l'expression de la violence des mères, qui prennent comme « arme » leur propre descendance. Les enfants âgés de 18 mois et 9 mois semblaient ne rien comprendre de la situation et subissaient le « jeu des mères ».

#### *La parole*

Lorsque Amélie parle à son enfant, ce dernier ne l'écoute pas et réciproquement, lorsque Maxime parle à sa mère, celle-ci ne l'écoute pas. L'accordage affectif ne semble pas en place. Chacun donne l'impression d'être « coupé » de l'autre : la parole ne semble pas avoir sa fonction de lien.

### *Le toucher*

Une fois au sortir du bain, Amélie se met à embrasser cinq fois de suite son enfant sur la bouche, de manière insistante. Maxime reste figé devant l'action de sa mère. La situation fait émerger un sentiment de mal à l'aise pour l'observateur. La mère voulait-elle montrer qu'elle aimait son enfant ? Cette insistance à embrasser son enfant semble se faire sur un mode robotisé, ne laissant pas de place aux mouvements affectifs plus spontanés.

A l'issue de ces observations, il semble que les interactions comportementales sont davantage sur un registre corporel, ce qui peut en partie expliquer le fait que Maxime parle peu ou pas. Brazelton affirmait en 1982 que la règle importante pour le maintien d'une interaction semble être le développement par la mère d'une *sensibilité pour la capacité d'attention* de son enfant et par son besoin de *retrait partiel ou complet*, après une période d'attention. Il semble, ici, qu'Amélie est en décalage par rapport aux besoins de Maxime. Elle le sollicite quand celui-ci n'a rien demandé et s'éloigne quand il a besoin d'elle. Peut-on parler alors de véritables interactions comportementales entre l'enfant et la mère puisque leurs gestes ne sont pas accordés quand ils s'adressent l'un à l'autre ; l'observation des interactions permet de préciser s'il y a ou non le phénomène « d'accordage affectif ». Ici, il ne semble pas avoir lieu.

## **E) Entretiens cliniques**

### **Lien avec son fils**

#### *L'agressivité*

« *Maxime, tu m'énerves, je vais t'enfermer...je m'en fou, j'irai pas te chercher* ».  
« *Il est chiant...il est stressant...tu es gros, tu es un gros porc* ». Plusieurs fois, au cours des entretiens, Amélie parle de son enfant en utilisant des termes dévalorisants ou agressifs. Ces mots ne portent-ils pas le risque d'avoir une influence négative sur la relation et le développement psychique de Maxime s'ils

sont récurrents ? Cramer écrit, à ce propos, que « le parent projette sur l'enfant un aspect d'une personne importante de son passé qu'il avait introjecté et il va alors reproduire avec l'enfant un aspect des relations passées avec cette personne ». L'apport des éléments donnés par Amélie ne nous permet pas de savoir qui se cache en cette personne qu'elle qualifie de « *gros porc* », peut être le père de l'enfant que lui rappelle l'enfant lui-même ? Son beau-père qui lui aurait fait subir une maltraitance psychique ? Ou bien, sa mère qui lui renvoie une mauvaise image d'elle-même ? Il semble, quoiqu'il en soit, que ces mots sont inappropriés pour concerner directement l'enfant et qu'ils marquent l'expression de conflits antérieurs réactivés chez Amélie.

Nous pouvons noter qu'Amélie appelle souvent son fils « *Roussel* », par des expressions telles que « *t'as fini Roussel* ». Ce nom est celui que porte le père de l'enfant. Quelle place y-a-t-il pour la singularité de Maxime ? Ce dernier semble faire le lit des projections de la mère qui verrait en son enfant le père. Ne voit-on pas ici le risque que la mère le considère comme tel par la suite, ne reconnaissant pas alors son unicité ?

#### *L'ombre de la mère*

« *Je peux être chiante...suis toujours en train de l'engueuler...ça me fait penser à ma mère* ». Ce qu'Amélie exprime vient faire écho aux propos de Freud : « en enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge en se différenciant d'elle ». En effet, il semble que la jeune mère fonctionne avec Maxime comme sa mère a fonctionné avec elle, c'est-à-dire sur un mode de dévalorisation de l'autre. Il semble que la mère renvoie à sa fille une image si négative d'elle-même que celle-ci ne serait pas en mesure de pouvoir valoriser un autre, d'autant plus s'il est sien. Maxime étant celui qu'elle a enfanté, il ne peut être « bon » si elle n'est pas « bonne », c'est en tout cas ce que semblent dire ses gestes, ses paroles.

Amélie dit au sujet de Maxime : « *je sais m'en occuper...je sais quand il va faire une bêtise* ». En effet, Amélie montre ici qu'elle connaît les intentions de son enfant. Cependant, ce besoin de dire qu'elle sait s'en occuper ne vient-il pas justement souligner son incertitude ? Ces paroles donnent l'impression d'être

exprimées dans un élan défensif de la part d'Amélie. Et la jeune fille semble en difficulté pour parler simplement des soins qu'elle procure à l'enfant.

### *L'attachement*

Un des constituants de l'amour maternel va nouer le parent à son petit, c'est l'attachement. On sait la tendance de l'enfant à s'agripper à celui ou celle qui le soigne, que lorsqu'il pleure, il est calmé par ses paroles, par le contact de ses bras qui l'entourent (Henri Chabrol, 1998). Et pourtant, quand Maxime se fait mal et qu'il est en présence de sa mère et d'un autre membre de l'équipe, celui-ci se dirige vers ce dernier plutôt que vers sa mère pour trouver du réconfort. Nous nous posons la question de la mise en place de l'attachement entre la mère et l'enfant. Il semblerait que cette mère n'apporte pas la sécurité que l'enfant attend d'elle et dont il a besoin pour se développer harmonieusement.

Le concept de « modèles internes » de Bowlby permet de comprendre qu'une jeune mère qui a peu reçu de sa propre mère, et qui conserve tristesse, colère et rancœur de ses premières années, trouve difficile de s'occuper à plein temps d'un bébé qui attend tout d'elle, et qui le demande souvent avec intensité. Ce petit pourrait même réveiller chez cette mère rivalité et jalousie – « pourquoi lui, et pas moi ? » - et ces affects intenses peuvent être d'autant plus inhibiteurs des capacités parentales qu'ils sont devenus inconscients parce que trop douloureux. Il semble que ce que Bowlby a voulu signifier, reflète la situation dans laquelle se trouve Amélie.

### *Les peurs*

« *Qu'on me retire mon fils...mais je sais pas dire pourquoi* ». Amélie se serait développée sur un modèle « insécure », comme n'ayant pas assez de sécurité pour affronter le monde et ses réalités, ce qui expliquerait sa crainte qu'on lui retire son enfant. « Elle ne sait pas dire pourquoi ». En effet, ces carences éducatives qu'elle aurait subies mais dont elle n'a pas pleinement conscience qu'elles sont susceptibles de la mettre en difficulté, ferait qu'Amélie ne peut donner du sens à ses peurs et donc les dépasser.

## **Relations affectives**

Amélie vit une certaine instabilité affective avec les hommes qu'elle rencontre. En effet, les noms de ses « *mecs* », comme elle les « appelle », changent souvent. Le dernier en date, a 48 ans.

Si on se rappelle le premier stade d'Erikson, cité un peu plus haut, il semble que la quête affective insatiable d'Amélie viendrait des conséquences de ce stade non résolu (ou non acquis). Elles se manifestent par sa tendance à « *accorder sa foi* » au premier homme qui passe. C'est, en effet, ce que rapporte l'équipe professionnelle à son sujet, Amélie cherche à plaire aux hommes dans la rue, quitte à leur raconter des mensonges pour rentrer en contact. Et pourtant ses relations affectives avec les hommes se terminent en échec jusqu'à maintenant. Elle l'exprime ainsi : « *Chaque fois que je me trouve un mec, je me fais larguer...tous mes copains, ils me disent que je suis chiante* ».

Ces échecs contribueraient à fragiliser davantage sa « capacité à se sentir digne de confiance », notamment, dans sa relation à l'enfant.

## **Le réseau social**

En dehors de sa maternité, Amélie aime faire du « shopping », essayer les « fringues », sortir avec ses amis... En effet, Amélie semble éprouver du plaisir dans toutes les activités correspondant à son âge ce qui semble un facteur positif dans le sens où elle peut vivre ce passage de l'enfance à l'âge adulte de manière progressive et que sa prise en charge dans le foyer « La Clairière » permet cela.

## **L'attitude**

« *Vivement que je suis en stage, j'aurai rien à faire* » ; « *le ménage, ça sert à rien, le soir même c'est déjà dégeulasse* ». Amélie exprime une certaine lassitude tant dans son attitude que dans ses paroles. D'où vient-elle ? Sans doute retrouve-t-on souvent cette lassitude chez l'adolescent. Mais ici, cette explication semble ne pas suffire. N'est-elle pas accentuée chez Amélie par sa difficulté à gérer à la fois son adolescence et ses responsabilités en tant que mère ?

## **L'estime de soi**

Elle reprend souvent l'expression « *je m'en fou* » pour répondre à toutes questions posées. Son avis sur quelque question que ce soit n'aurait-il pas d'intérêt. C'est ce qu'Amélie semble signifier par cette expression récurrente. Est-ce l'expression d'une mauvaise estime d'elle-même ou d'un manque d'intérêt réel ? L'un n'entraîne-t-il pas l'autre ? Si on se rappelle l'attitude nonchalante de la jeune fille, il semble que cela vienne confirmer notre suggestion.

D'autre part, la jeune femme semble éprouver des difficultés à se sentir considérée par l'équipe professionnelle, elle dit à ce sujet : « *ils me prennent pour une handicapée* ». En effet, contrairement aux autres jeunes filles de son groupe, Amélie ne fait plus ses repas en autonomie et cela pour alléger son emploi du temps. Amélie se sent, par conséquent, dévalorisée par cette différence. Cela vient confirmer la mauvaise image qu'elle a d'elle-même. Si elle donne l'impression que le regard de l'autre n'a pas d'importance, son comportement toutefois est empreint d'une grande quête de reconnaissance.

## **La féminité**

Souvent, nous pouvons observer à l'adolescence, une transposition de l'attention, sur des parties plus banales du corps. Le visage et les cheveux deviennent importants : Amélie, change souvent de couleur de cheveux et se maquille de manière prononcée chaque matin, notamment ses yeux bleus qu'elle entoure d'une couleur. Le maquillage et la coiffure peuvent être de formidables moyens de s'occuper de ce corps qui change. Mais n'est-ce pas, aussi une façon de le cacher ? L'adolescente semble être dans cette phase que Blos (1962) appelle « la phase narcissique » et permet le désengagement par rapport aux parents et l'amour plus tard d'un nouvel objet. Seulement Amélie, déjà mère, est en charge d'un enfant devant lequel elle semble en difficulté pour l'investir comme nouvel objet d'amour. La jeune fille ne semble pas prête.

## **Avenir**

Dans les récits de la jeune femme aucun projet d'avenir ne ressort, que ce soit pour elle ou pour son fils, aucune projection quelle qu'elle soit. Le temps est à l'instant comme nous l'observons souvent chez les adolescents. Peut-être aussi envisager l'avenir est source d'anxiété pour la jeune fille. Dans ce cas ne préfère-t-elle pas l'éloigner afin de se protéger de toute menace potentielle ?

## **Autonomie**

Amélie n'envisageant pas l'avenir a priori, ne montre pas non plus ou n'exprime pas de désir d'autonomie. Notons cependant une légère révolte quant à la préparation des repas mais davantage, semble-t-il, parce qu'elle n'est pas sur le même régime que les autres que par véritable désir d'autonomie : *« j'aimerais bien les faire..., j'aime pas cuisiner mais au moins je peux faire ce que je veux »*. De chambre non plus, elle ne veut pas changer : *« je veux pas changer, je commence juste à m'habituer »*. Changer de chambre au foyer, signifie aller progressivement vers plus d'autonomie. La volonté de ne pas changer, ne serait-elle un moyen de s'en éloigner ?

## **Evolution**

Durant les entretiens, Amélie détourne souvent le sujet de la maternité pour parler de tous autres propos, notamment de ses sorties avec ses amis. En effet, la question de la maternité est un sujet délicat pour Amélie qui semble ne pas se sentir en capacité d'« être parent », et qui cependant souhaite garder son enfant. Viendrait-il combler ou masquer une solitude trop grande ?

Nous observons, ainsi, sa difficulté grandissante à être disponible pour Maxime qui pourtant, est en demande. Il semble, en effet, que ce soit difficile pour Amélie de répondre aux attentes de son fils. Amélie se comporterait avec son fils, Maxime comme sa mère se serait conduite avec elle, selon ce que son histoire

donne à entendre. Par conséquent, Maxime est un petit garçon qui semble un peu « perdu » au sens où il ne peut prévoir quelles vont être les réactions de sa mère.

Amélie semble se ranger derrière l'équipe éducative pour savoir et /ou attendre ce qu'il faut faire avec Maxime. Cela ne favoriserait pas l'expression de ses propres désirs en tant que mère.

Elle continue le suivi psychologique qu'elle a entrepris sur l'extérieur sur le conseil de l'équipe éducative, trouvant qu'elle éprouvait de grandes difficultés à gérer sa vie.

Enfin, il semble que tant que la jeune fille est dans un lieu contenant Maxime puisse trouver d'autres appuis si besoin se fait ; Par contre, si elle venait à quitter pour une raison ou une autre le foyer, la situation ne deviendrait-elle pas inquiétante pour Maxime ?

## *Clotilde, 16 ans et Olivia, 5 mois*

### **A) Présentation de cas**

Clotilde, âgée de 16 ans, est une jeune fille qui, lorsqu'on la rencontre pour la première fois, donne l'image d'une personne gaie, dynamique et assez sûre d'elle. Elle parle et entre en contact facilement. Clotilde peut paraître plus âgée que ses 16 ans. Elle porte de longs cheveux blonds et bouclés telle « *boucle d'or* » et ses yeux bleus très clairs expriment son tempérament énergique.

Olivia, âgée de 5 mois, lorsque nous la rencontrons, est une jeune demoiselle aux *joues de poupon* et aux yeux ronds et rieurs, aussi bleus que ceux de sa mère.

### **B) Anamnèse**

Clotilde est née le 29 septembre 1987. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois filles. De son histoire passée, nous savons seulement, qu'elle s'occupait très souvent de ses petites sœurs, le soir, en rentrant de l'école ; sa tante la surnommait d'ailleurs « *petite maman* ».

Olivia est née le 26 août 2003, avant le terme de la grossesse. A peine rentrée de la maternité, la mère de Clotilde lui demande de choisir entre son copain et elle. Le conflit entre les générations pousse Clotilde à trouver une solution pour quitter le domicile familial. La jeune mère arrive alors, à sa demande, en septembre 2003 au foyer. « *Dès que je suis arrivée, ici, Olivia a fait ses nuits* ».

Peu de temps après son arrivée, sa mère « plus ou moins » en instance de divorce, fait une tentative de suicide qui échoue. Est-ce le départ de sa fille, son changement de statut de mère à grand-mère qui auraient suscité le passage à l'acte ?

Actuellement, la jeune femme est en seconde professionnelle en Belgique.

### C) Histoire de la grossesse

Clotilde a su qu'elle attendait un enfant après un mois de grossesse. « *Je voulais le garder et dans un sens je voulais pas* ». Nous avons là, l'éprouvé simultanément de deux sentiments contradictoires, soit l'expression de l'ambivalence de Clotilde quant au désir ou non d'enfant. Cette capacité de la mère à rendre compte de cette ambivalence l'aurait sans doute conduite à faire un choix : ici, continuer la grossesse.

« *Ma mère m'a mise dehors* ». La jeune fille est amenée à faire plusieurs changements de domicile au cours de sa grossesse. En effet, elle habitera trois mois chez ses grands-parents pour retourner ensuite chez elle, et ce jusqu'à l'accouchement. Clotilde sera allongée les deux derniers mois. L'enfant naîtra prématurément au bout de huit mois et une semaine. Peut-être avons-nous là, l'expression de la discordance entre désir de grossesse et désir d'enfant (Deleau, 2003), qui s'expliquerait au travers d'un symptôme : l'accouchement prématuré.

« *Comment c'était chiant pendant la canicule...c'était bien d'être enceinte* ». En l'espace de deux phrases successives, Clotilde souligne à nouveau son ambivalence à l'égard de cette grossesse. Nous pouvons probablement y lire l'expression de la réalité vécue naturellement par une mère durant cette période.

L'accouchement a lieu sans péridurale : « *j'en voulais pas...j'ai accouché en 1h30...j'ai allaité tout de suite* ». Clotilde témoigne, ici, un peu de sa fierté d'avoir affronté l'épreuve de la souffrance sans artifice. Ne s'agissait-il pas d'un moyen de se prouver quelque chose à elle-même, à sa mère, aux autres ?

Le père est présent au moment de l'accouchement. « *Il pleurait, il pleurait...et moi, je croyais que j'allais pleurer, j'ai même pas pleuré* ». Une fois encore, semble-t-il Clotilde témoigne de la singularité de son fonctionnement psychique, qui prendrait la forme d'un certain contrôle sur les événements.

## **D) Clotilde et sa fille dans différentes situations du quotidien**

### *Le bain*

Olivia apprécie le moment du bain, elle tape dans l'eau. Clotilde joue avec sa fille en lui passant délicatement le jet de douche sur le visage, ce qui amuse Olivia...d'ailleurs, elle ne veut plus sortir de l'eau. « *J'aime pas lui dire non* ». Sa mère semble en difficulté lorsqu'il s'agit de la frustrer. La sortie du bain s'annonce alors « houleuse ». Cette difficulté à frustrer l'enfant, alors qu'il s'agit parfois d'une nécessité structurante, ne viendrait-elle pas d'un manque d'assurance : le processus d'individuation de la jeune mère étant en cours, frustrer l'enfant ne reviendrait-il pas à se frustrer-elle ? Cela expliquerait alors la difficulté de la mère devant cette réalité inhérente de la vie.

### *Les repas*

Clotilde nourrit sa fille, au sein et à la demande, jusqu'à l'âge de six mois. En faisant cela, elle semble très à l'aise et vaque en même temps à ses activités. Plus tard, alors que le sevrage a eu lieu, sa mère lui donne son repas « *en un éclair* ». En effet, Olivia n'aime pas attendre et se met facilement à « pleurer » si son repas ne vient pas tout de suite. La jeune mère montre une fois de plus sa difficulté à frustrer l'enfant, et répond au plus vite à sa demande. Ce fonctionnement ne risque-t-il pas d'engendrer d'autant plus d'impatience de la part d'Olivia à chaque frustration ?

### *Le coucher*

Clotilde couche sa fille, l'embrasse, lui dit « *bonne nuit* » et s'éclipse. La petite fille s'endort alors sans difficulté.

### *Précocité*

« *Elle veut toujours être debout* ». Clotilde sollicite sa fille, depuis son plus jeune âge, pour la faire marcher, la mettre debout. Dans les couloirs, nous la voyons souvent en train de faire marcher l'enfant, la tenant par les mains. Ainsi, âgée d'à peine 10 mois, Olivia se met à marcher. Ne s'agit-il pas ici de quelque chose de l'ordre de la valorisation narcissique, l'enfant étant peut-être un moyen pour l'obtenir. Un fonctionnement que certainement tout parent est susceptible

d'induire malgré lui mais ne devient-il pas risqué si l'enfant ne répond pas au désir du parent ?

### *Les photos*

Des photos recouvrent les murs de la chambre. Nous y apercevons Clotilde et sa fille, Olivia seule et une autre avec Aurélien, Clotilde et Olivia. Cette présence symbolique semble signifier l'appartenance à une cellule familiale nouvelle et créée depuis peu. Où le « *tiers séparateur* » (le père) semble trouver sa place.

### *Le retour de l'école*

Quand Clotilde revient de l'école, elle retrouve son enfant avec plaisir et l'embrasse plusieurs fois de suite. Olivia manifeste sa joie par ses sourires. La séparation semble possible et développée sur un mode structurant. L'attitude de la mère vient souligner, semble-t-il, la place que vient prendre Olivia dans sa vie, un individu qui peut la réjouir et lui procurer de la joie.

Olivia est donc une petite fille souriante, parfois capricieuse et envers laquelle sa mère se montre affectueuse.

## **E) Entretiens cliniques**

### **Lien avec sa fille**

#### *Désir d'enfant*

« *ça me manque parfois, j'aimerais bien avoir encore un gros ventre...quelque fois, je voudrais retourner à mon accouchement* ». La jeune femme évoque la perte de ce sentiment de complétude que lui garantissait la grossesse. Une certaine nostalgie semble rester en ligne de fond. Elle nous amène à nous questionner sur la fonction de cette grossesse : désir de grossesse ou désir d'enfant ? L'analyse du lien entre la mère et l'enfant nous en dira peut-être davantage, notamment si ce

désir de grossesse a pu être dépassé au fil des jours pour permettre l'accès à la parentalité.

*« Je pensais avoir un enfant à 21 ans mais je regrette pas » ; « c'est une petite fille parfaite, gentille...elle est sage et chiante à la fois » « des fois, c'est bien quand elle va à la crèche, quand je vais la rechercher, je suis contente »* Toutes ces brèches de ce que nous a donné Clotilde, marquent précisément l'ambivalence souvent présente dans son discours. Il semblerait qu'il s'agisse d'une ambivalence positive, celle qui structure et témoigne de la capacité de la mère à répondre à la demande de l'enfant sans en être submergée.

*« Des fois, elle est concentrée dans son jeu, si on veut lui faire un bisou, elle est surprise »*. Il semble que Clotilde soit capable d'observer avec attention son enfant. Cela vient faire écho au propos de Brazelton (1982) qui souligne l'importance du développement par la mère d'une sensibilité pour la capacité d'attention de son enfant et son besoin de retrait partiel ou complet, après une période d'attention pour le maintien d'une interaction. La mère prend conscience que son enfant l'oublie parfois pour une autre activité. D'autre part, la mère s'étonne du développement de sa fille, de ce qu'elle est capable de faire : *« ça passe vite, elle aura déjà un an dans six mois...tous les jours il existe un truc nouveau »*. A travers cet étonnement, Clotilde ne reconnaît-elle pas la singularité de son enfant, ce qu'elle est capable de faire et qu'elle ne soupçonnait pas.

#### *Image de mère*

*« Je me sens cool..., je me trouve bien organisée..., c'est pas difficile, pour moi c'est naturel..., j'ai plus confiance en moi parce qu'il y a Olivia » ; « je prévois tout, le soir, à l'avance..., je suis organisée »*. Clotilde repose essentiellement sa capacité à être une bonne mère dans sa facilité à organiser les choses. En effet, cette jeune femme semble efficace dans la préparation matérielle répondant aux besoins de l'enfant.

#### *Empathie*

*« Une journée à la crèche, c'est long pour elle »*. La mère projette sur sa fille ce qu'elle pourrait ressentir ; probablement en lien avec ce qu'elle éprouve en tant

que mère après une journée de séparation d'avec son enfant. Pouvoir de cette façon, même si c'est sur un mode projectif, se mettre à la place de son enfant et « penser » pour elle, n'est-ce pas une façon d'être mère ?

### *Les peurs*

« *J'ai peur qu'elle ne réussisse pas, qu'elle ait un enfant à mon âge..., pour moi, c'est pas une connerie mais je voudrais qu'elle en profite* ». A travers l'expression de ses craintes à l'égard de son enfant, nous pouvons lire a priori, d'une part, ses regrets, ses moments qu'elle n'a pu vivre du fait de sa maternité précoce ; ces moments qu'elle ne souhaite pas qu'ils soient volés à sa fille. D'autre part, la jeune femme se sent la nécessité de justifier que pour elle, ce n'était « *pas une connerie* », le pense-t-elle vraiment, peut-être mais non sans regret, semble-t-il ?

### **Lien avec le père**

Aurélien, copain de Clotilde depuis 2 ans et demi et père d'Olivia est souvent présent auprès d'elles. Il vient plusieurs fois par semaine. Les paroles de Clotilde témoignent à leur tour de la présence du père dans la famille, permettant sans doute que cette place de tiers séparateur se fasse. N'est-il pas au profit d'un meilleur équilibre de la relation mère-enfant ?

« *Elle veut pas dormir quand son père est là...elle reconnaît sa voix quand il téléphone...elle aime bien quand on va la chercher à la crèche à deux* ». Olivia semble avoir bien saisi, en effet, qui était son père. Elle semble éprouver du plaisir quand il est là et compte bien en profiter.

« *Il s'en occupe bien, il lui donne son petit pot* ». Les paroles valorisantes de la mère à l'égard du père semblent montrer l'importance qu'elle lui accorde, lui donnant du même coup sa place de père.

« *C'est mieux quand son père est là, elle joue mieux...j'ai plus de temps pour faire autre chose* ». La présence du père permettrait à la mère de trouver un espace de liberté dont elle semble éprouver le besoin. Peut-être cet « entre-deux »

lui permet-il d'être une « mère suffisamment bonne » et ce dans une certaine continuité ?

Il arrive que Aurélien se montre violent envers Clotilde et ce à l'intérieur même du centre maternel. Nous observons souvent cela lorsque Aurélien a été très présent dans la semaine. La jeune fille ne vient pas nécessairement chercher secours auprès de l'équipe et aborde très difficilement ce point délicat. Il semble que le couple trouve une certaine harmonie à partir du moment où ils ne se voient pas trop longtemps de suite et relativement espacé. Peut-être leur jeunesse leur demande de passer par une évolution progressive vers une réelle individuation avant de pouvoir rester avec l'autre sans « étouffer ». Ne faut-il pas être bien avec soi-même pour être bien avec l'autre ?

### **Le rapport aux autres**

Bien intégrée au foyer, à l'école, Clotilde aime discuter avec les autres. « *A l'école, ça va, y'a ma meilleure copine* ». Au centre, la jeune femme semble s'être faite des amis qu'elle va voir le soir en rentrant de l'école. Clotilde va facilement vers l'autre et montre par-là sa curiosité saine à être avec d'autres personnes, qu'elles soient de son âge ou pas, d'ailleurs. Elle discute facilement avec les éducateurs. Cependant, ce lien à l'autre (nous pensons notamment au lien avec l'équipe professionnelle) ne semble rester qu'à l'état de premier contact et dès qu'il s'agit d'aborder quelque chose de plus sérieux et Clotilde peut être amenée à s'éloigner comme si le lien devenait menaçant.

Ne s'agit-il pas, ici, d'un masque que Clotilde prend pour se protéger et faire croire à l'autre et à elle-même que tout va bien. Peut-être un moyen pour empêcher qu'une « sensibilité aiguisée », teintée de souffrance ne voit le jour ? Ne serait-elle pas trop envahissante si elle la laissait émerger ?

## Lien avec sa famille

Il semble que Clotilde souffre du conflit entre les différentes générations, vécu entre elle et sa famille. « *La dernière fois que j'ai vu ma petite sœur, elle a fait comme si elle ne m'avait pas vue* ». « *Au début quand j'étais au foyer, j'avais des nouvelles de ma mère, j'avais besoin, comme c'est elle qui a mes sous* ».

Le conflit semble davantage marqué avec sa mère : « *je m'entends pas avec ma mère...elle gère mon argent...elle est trop jalouse, elle aime que les sous...tant qu'elle me donne de l'argent, je m'en fous...elle a dit qu'elle allait prendre ma fille* ». Il semble que se joue dans la relation à sa mère, une sorte de rivalité fraternelle, probablement réactivée par la naissance d'Olivia. D'un côté, Clotilde semble vivre ce processus de l'adolescence qui passe par le nécessaire rejet des imagos parentaux afin de grandir, de devenir adulte. Cela expliquerait en partie cette agressivité à l'égard de la mère. D'un autre côté, la mère réagit vis-à-vis de sa fille comme à l'égard d'une sœur sur un registre fraternel et non parental. Prendre à l'autre ce qu'il a. Cela questionne sur la parentalité de la mère elle-même.

« *Elle fait tout le temps du vice comme ça : elle dit ok pour sortir et après elle veut plus...moi, je sortais quand même* ». Le fonctionnement de Clotilde semble faire écho au deuxième stade du cycle de vie d'Erikson (1968) : *autonomie ou honte et doute* : nous repartons, ici, au stade anal, où « l'enfant expérimente sa volonté autonome par opposition à celle de son entourage. L'enjeu est de savoir qui contrôle qui. Pour l'adolescente, il s'agirait d'exprimer sa propre volonté avec le fait qu'elle redoute d'être poussée de force dans des activités auxquelles elle n'adhère pas ». Il semble que Clotilde se situe là dans son fonctionnement psychique.

Cependant, plus tard, dans son discours, on retrouve l'ambivalence de Clotilde à l'égard de sa mère. « *C'est quand même une bonne mère, quand on voulait quelque chose, on l'avait* ». Celle-ci reconnaît que cette mère n'est pas toute mauvaise, qu'elle a été aussi une « bonne mère ».

« *Quand on a un enfant, on comprend la réaction des parents* ». Cette phrase fait sens avec ce que Bydlowski (1978) écrit : « en enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge en se différenciant d'elle ». En effet, Clotilde ne pourrait alors rejeter complètement sa mère au risque sinon de fragiliser sa propre identité de mère. Il semble que les conflits avec sa mère sont le reflet d'une problématique archaïque réveillée par le processus d'individuation en cours chez Clotilde. La maternité pouvant d'ailleurs faire partie de ce processus.

Le père est plus rarement évoqué : « *il vient déposer des sous et vient même pas me voir...il écoute toujours ma mère, elle lui dit fait ça, il le fait* ». L'image de son père n'existerait qu'au travers de la présence de la mère et sur un registre dévalorisant. Nous savons que l'adolescence et la grossesse sont susceptibles de réactiver la problématique oedipienne. Ces propos dévalorisants à l'égard du père ne seraient-ils pas une façon de se protéger face au retour du refoulé, inacceptable et angoissant pour cette jeune mère.

### **Avenir**

« *Je voudrais rester au foyer jusqu'à la fin de mes études...je veux être puéricultrice* ». Le centre maternel semble offrir à Clotilde un lieu sécurisant. Il lui permettrait d'envisager l'avenir sereinement. Donnant l'opportunité d'avoir un laps de temps pour réaliser son passage à l'âge adulte, à l'autonomie. Clotilde ne montre-t-elle pas qu'elle a été actrice en choisissant ce lieu qui semble l'étayer tant dans son lien à l'enfant que dans son processus d'individuation.

### **Autonomie**

Clotilde est une jeune fille autonome, à qui l'équipe n'a pas besoin de rappeler ce qui est à faire ou à penser d'un point de vue matériel. La jeune fille est arrivée au foyer sans passer par le groupe 1, ayant déjà acquis un certain niveau d'autonomie

antérieurement. Elle reconnaît aussi la nécessité pour elle de rester encore un temps dans ce lieu contenant avant de parvenir à une autonomie totale.

Elle exprime le vif souhait d'être autonome financièrement pour ne plus dépendre de sa mère : « *vivement que j'ai mes 18 ans pour que ma mère elle gère plus mes sous...c'est que pour cela que je la vois* ». La gestion de l'argent serait-il la dernière chose qui la lie à sa mère ? Peut-être pas, mais c'est ainsi que Clotilde le vit. Ce thème récurrent de l'argent ne marque t-il pas autre chose qui serait de l'ordre du manque ? Derrière l'argent n'y a-t-il pas la question de l'amour ? L'adolescence, c'est aussi quitter peu à peu la protection familiale. « Quitter l'enfance, c'est une mutation qui donne par moments l'impression de mourir » (Dolto, 1991). En effet, si Clotilde se détache des imagos parentaux, ne craint-elle pas de perdre leur amour ?

## **Evolution**

Il semble que Clotilde ait bien investi son rôle de mère, et soit, a priori, relativement autonome et bien organisée. Sa fille se développe harmonieusement. Il semble important si on se rappelle ses « 16 ans seulement » que cela est l'expression d'une certaine maturité. Clotilde n'éprouve pas le besoin d'un accompagnement psychologique. Sans doute n'en a-t-elle pas besoin dans l'état actuel des choses.

D'autre part, nous observons que Clotilde, pour ne pas perdre la face, veut souvent garder un certain pouvoir sur les événements, et ceci peut l'amener parfois à être sous tension, non sans répercussion sur sa relation avec l'enfant, semble t-il.

## DISCUSSION-CONCLUSION

### Mise à l'épreuve de notre hypothèse

**Les mères adolescentes seraient susceptibles d'avoir des sentiments de haine et d'amour plus extrêmes à l'égard de leur enfant, avec une difficulté à assumer l'ambivalence naturelle. Ces risques viendraient en partie du processus d'adolescence en cours chez ces jeunes mères.**

A la lumière de ce qui a été évoqué au cours des trois études de cas, nous relevons, pour chacune d'entre elles, des éléments relevant à la fois de la maternité et du processus de l'adolescence.

Tout d'abord, nous observons l'expression d'une certaine ambivalence de ces mères à l'égard de l'enfant.

Chez Julie, il semble que se sont les pleurs de Gabin qui réactivent des sentiments de haine sous la forme d'une violence verbale. Les sentiments d'amour, quant à eux, sont évoqués au travers des interactions comportementales à différents moments de la journée.

Chez Amélie, il semble que la seule présence de Maxime puisse activer des sentiments de haine à son égard. Elle les formule par son désintérêt vis-à-vis de l'enfant ou par une agressivité verbale. Les sentiments d'amour apparaissent à travers le contact corporel qu'elle a avec l'enfant.

Chez Clotilde, l'ambivalence s'exprime spécifiquement dans son désir d'enfant. Elle oscille entre un désir de grossesse et un désir d'enfant.

En effet, « l'ambivalence est inscrite au cœur de chaque être humain, et l'amour maternel ne fait pas l'exception » (Bydlowski,2000). Cependant l'ambivalence ainsi exprimée n'est t-elle pas davantage « négative ». Il semble que la demande de l'enfant envahisse la mère et en retour se mette à les envahir tous les deux.

Notons de même, l'ambivalence vis-à-vis des figures parentales qui apparaît chez les trois jeunes filles. Chacune à leur tour semble rejeter les figures parentales : Julie ne partage plus les mêmes valeurs que sa famille et pourtant depuis la

naissance de son fils, elle se rapproche de sa mère ; Amélie se moque de ce que pensent ses parents et souhaite revoir son père ; Clotilde dévalorise son père et exprime une grande agressivité verbale à l'égard de sa mère, elle reconnaît cependant qu'elle a été une « bonne mère ».

En effet, l'adolescence est une étape du cycle de la vie qui suppose une relecture des liens avec les parents (Charbonneau, 2003). Elle est nécessaire pour qu'ait lieu l'affirmation de l'identité et de l'autonomie de l'adolescente. Le processus de détachement dans ce contexte de maternité précoce, n'est pas, semble-t-il, encore accompli. Cependant, pour « devenir mère », celle-ci est susceptible a minima de pouvoir s'identifier à sa propre mère. C'est bien là que se situe la problématique qui s'exprimerait alors par les conflits entre les jeunes mères et leur propre parent. Nous l'observons plus spécialement dans le lien entre ces adolescentes et leur mère. Cette ambivalence pour qu'elle devienne structurante ne doit-elle pas être symbolisée, atteindre la conscience du sujet ?

L'adolescent a besoin aussi, semble-t-il, de créer et trouver un espace d'intimité, du fait même de ce processus qu'il est en train de vivre. L'enfant ne viendrait-il pas perturber la recherche de cet espace, voir l'en empêcherait par les soins qu'il requière. Ces mères se sentiraient alors attaquées par l'arrivée de l'enfant, craignant de perdre leur espace vitale. Cela pourrait expliquer en partie ces pointes de violence parfois observées à l'égard de l'enfant.

Nous avons supposé dans notre hypothèse que le lien mère-enfant, chez les mères mineures, portait potentiellement le risque d'exprimer les sentiments de haine et d'amour dans des pôles plus extrêmes. L'analyse de nos entretiens révèle, en effet, la présence d'une ambivalence orientée dans des axes extrêmes ; exprimée, sans doute à leur insu, à travers une violence verbale ou d'interactions comportementales surprenantes. L'expression des sentiments de haine prend une teinte plus affirmée que les sentiments d'amour, qui semble-t-il, sont plus difficiles à exprimer du moins verbalement pour ces adolescentes. N'est-ce pas la pudeur du cœur de cet âge de la vie ? Les sentiments d'amour ne sont pas pour autant absents mais peut-être davantage masqués.

Ne peut-on pas expliquer cette excessivité par la simultanéité de ces deux crises que sont la maternité et l'adolescence. Elles provoqueraient l'émergence de ce qui a été refoulé faisant le lit d'un trop plein qui s'exprime alors au travers des interactions entre la mère et l'enfant. Il s'agit alors de permettre le dépassement de cette haine parfois destructrice ou de cet amour fusionnel, la symbolisation permettrait de transformer cette haine destructrice en haine vitale et structurante et l'amour fusionnel en séparation possible et structurante.

D'autre part, nous supposons dans notre énoncé que l'ambivalence naturelle serait difficile à assumer. Probablement, puisqu'elle s'exprime sur des pôles davantage extrêmes que par une symbolisation de ces sentiments. Il semble donc important que ces jeunes mères puisse verbaliser cette ambivalence, en prendre conscience, afin de la dépasser. Le risque, sinon, n'est-il pas qu'elles l'agissent dans un passage à l'acte, bien connu de cet âge là ? D'autre part, la particularité de cet âge est d'être une amorce de la vie adulte. Le temps des expériences inédites qui engagent une responsabilité de plus en plus personnelle de ses propres actes. L'arrivée de l'enfant à l'adolescence n'est t-elle pas une expérience inédite pour celles qui vont la vivre, engageant la responsabilité de ces jeunes mères pendant de très nombreuses années. Probablement une de celles qui modifiera le plus en profondeur l'orientation de leur trajectoire de vie, ainsi que leur rapport aux autres (Charbonneau, 2003). Il semble justement que cette responsabilité peut-être trop conséquente pour ces adolescentes. Elles peuvent venir du fait de blessures profondes mais aussi de la difficulté à gérer à la fois leur adolescence et de leur rôle de mère. Ces difficultés s'expriment par des gestes bizarres, dépressifs ou agressifs. La relation à l'autre et donc avec l'enfant est mise à mal, avec le risque de considérer l'autre comme objet.

Nous nous interrogeons aussi sur la triangulation père-mère-enfant, qui semble t-il, est fragilisée dans la maternité adolescente. Nous notons d'ailleurs pour plusieurs d'entre elles, une hostilité des grands-parents maternels à l'égard du père qui tendrait à éloigner l'enfant du père ainsi que l'impossibilité ici des pères à vivre dans le lieu de vie de leur enfant. En effet, comment le père, alors plus

souvent absent, peut-il jouer sa place de tiers séparateur, nécessaire à l'équilibre du lien entre la mère et l'enfant ?

Ces mères portent, semble-t-il, avec une plus grande solitude cet enfant, n'ayant pas non plus la présence du partenaire pour l'étayer. Comme, nous avons pu le constater, il est parfois très dur pour l'adolescente de porter la responsabilité toute seule.

Nous avons ici trois parcours différents qui cependant ont mis en évidence des points communs que nous venons de citer. Nous relevons aussi des différences majeures. A savoir, pour Julie et Clotilde, la maternité semble accélérer leur processus d'autonomie ; elle s'inscrirait comme un processus maturatif. Pour Amélie, devenue mère plus jeune que les précédentes, le processus d'autonomie semble stoppé, ou encore évité ce qui mettrait à mal sa capacité à gérer et son adolescence et son rôle de mère et aurait des conséquences sur son lien avec l'enfant.

L'adolescence est un passage délicat. Elle sollicite pour le sujet et son entourage la capacité à se séparer, s'éloigner, sans pour autant se perdre. La maternité ne suscite-t-elle pas les mêmes enjeux ? Le passage semble délicat d'autant plus si les deux crises se rencontrent. Il fragilise la personne. Il ne se fait pas sans souffrance mais c'est au travers de ces souffrances que la crise peut devenir maturative.

La grossesse et la naissance tout comme l'adolescence réactiveraient les conflits infantiles insuffisamment résolus de la mère qui s'externalisent dans la relation mère-enfant. L'adolescente semble avoir besoin d'être accompagnée au quotidien pour investir et réinvestir progressivement son rôle de mère. Il semble important qu'elle apprenne progressivement à exprimer ce qu'elle désire, ce qu'elle souhaite pour elle, pour son enfant.

C'est pourquoi un travail d'élaboration de leur histoire passée et à venir leur permettrait plus aisément d'assumer leur rôle de mère et leur processus d'individuation.

Nous pouvons affirmer au vu de l'analyse de ces situations que la maternité à l'adolescence nécessite des remaniements psychologiques. En effet, les jeunes mères sont fragilisées par ces changements qui demandent de retrouver un nouvel équilibre. Comment aider ces jeunes mères à avancer vers leur nouvelle identité ?

Si quelques liens ont pu être faits entre être mère à l'adolescence et les aléas du lien mère-enfant, notre recherche toutefois n'a pas permis d'explorer de manière approfondie notre hypothèse. Il convient de préciser les limites qu'elle a rencontrées.

Tout d'abord, à propos de notre population : les trois jeunes mères le sont devenues à des âges différents susceptibles d'induire des divergences. De même, les enfants concernés avaient des âges sensiblement différents impliquant des interactions différentes. Notons aussi que la recherche a été limitée dans le temps (quelques mois seulement). Pour affiner notre analyse, il serait intéressant de la poursuivre pendant plusieurs années après la naissance de l'enfant afin de connaître les véritables conséquences à long terme. De même, nous n'avons pu suivre le cours de la grossesse. Lors de la recherche elle-même, le recueil des données anamnestiques a été selon ce que la jeune mère livrait. Enfin, les jeunes mères arrivent avec leur propre histoire, leurs propres raisons (certaines ont choisi l'institution, d'autres la subissent), des objectifs qui peuvent donc différer.

Le choix de devenir « mère » constitue un événement majeur dans la vie d'une adolescente : il semble donc qu'elle ne puisse assumer les conséquences qu'avec l'aide de son entourage ou d'un intermédiaire. Que ce soit sa famille ou une équipe éducative, il s'agit qu'elle comprenne les difficultés à concilier le rôle de mère avec les exigences propres à l'adolescence et au passage à l'âge adulte, afin de mieux l'accompagner.

Quand l'entourage n'est pas présent, l'intermédiaire peut jouer un rôle par rapport à la personne en difficulté, c'est celui qui permet que la nouveauté émerge. Le psychologue, comme l'éducateur peuvent prendre le rôle de l'intermédiaire. Lorsque la relation s'établit entre elle et l'intermédiaire ses barrières peuvent alors tomber et permettre qu'elle retrouve confiance en elle. Elle peut alors développer peu à peu ses capacités d'écoute, d'accueil et pourquoi pas d'émerveillement nécessaire au développement harmonieux de son enfant.

Ainsi l'institution offre un relais pour les parents et l'adolescente, ou pour une autre institution. Il semble important que les adolescentes trouvent un cadre de vie sécurisant et protecteur mais aussi ouvert et stimulant qui leur permette de se projeter dans l'avenir (Clerget, 1986). L'objectif étant de permettre à l'adolescente de passer à l'état adulte, et si possible de parent.

La naissance de l'enfant à l'adolescence est un événement dans l'histoire particulière des jeunes femmes. Un événement que l'on peut considérer comme « bifurcatif » (Bidart et al, 1999) par rapport aux normes sociales. Une histoire imbriquée dans leurs relations avec leur famille, un conjoint, des amis, et divers représentants de services sociaux. Est-il pour autant un grave problème social, n'est-ce pas davantage un risque ? Le risque ne sous-entend-t-il pas que les conséquences puissent être aussi bien néfastes que positives. Certes, ces jeunes mères sont fragilisées par l'exigence qu'implique une maternité mais aussi par leur histoire passée. La grossesse chez l'adolescente peut être aussi l'occasion d'une remise en question importante, lui permettant de reprendre la maîtrise de sa destinée. Plutôt que de prévenir ces grossesses ne s'agit-il pas davantage de les accompagner ?

Cette recherche nous a naturellement conduit à nous interroger sur le rôle du psychologue au sein de la structure. Le psychologue est intégré à l'équipe éducative, il rencontre les jeunes qui le désirent et assure par-là une présence, une disponibilité aux personnes, aux demandes. Il permet que la parole circule sur leur histoire passée, sur leur vie de tous les jours, sur les difficultés rencontrées.

Les entretiens avec un thérapeute favorisent le repérage et le dévoilement de souvenirs et de fantasmes dont on sait combien ils peuvent peser sur l'enfant qui grandit. A être partagé avec le thérapeute, ils perdront de leur charge émotionnelle, autorisant et favorisant ainsi une plus grande disponibilité envers l'enfant. En s'adressant au narcissisme de la mère, il suffit parfois, pour réhabiliter l'enfant qu'elle a mis au monde, de restaurer celle qu'elle a été (Bydlowski, 1997). Cela n'est pas aisé surtout à cet âge de la vie car se confier à l'autre signifie accepter de revivre certaines angoisses ou traumatismes vécus dans la petite enfance, accepter le danger d'un nouvel échec dans la relation. Nous avons pu voir que certaines préfèrent s'en éloigner, peut être ne sont-elles pas prêtes, n'en ont-elle pas encore le désir. Mais pour avoir un projet d'avenir, pour construire, il faut pouvoir assumer son passé, son histoire. Pour redécouvrir la sécurité intérieure ou la maintenir, il faut retrouver une certaine unité de sa personne mais aussi une certaine unité de son passé<sup>70</sup>. C'est bien ce que le psychologue propose à ces jeunes mères.

Témoigner de sa maternité a été pour chacune des mères rencontrées, investi différemment : Julie attendait avec un vif désir ces entretiens, Amélie exprimait une certaine méfiance, et Clotilde a fait preuve d'une ambivalence marquée à notre égard, tantôt désireuse de parler, tantôt hostile. Ainsi, nous nous interrogeons à savoir si ce rôle thérapeutique n'est pas davantage possible lorsque la jeune fille est accompagnée sur l'extérieur dans un lieu neutre.

D'autre part, notre présence dans l'institution nous a permis d'observer combien l'équipe éducative pouvait être mise à mal, testée, tantôt rejetée tantôt très investie affectivement par ces jeunes adolescentes. En effet, la quête affective très grande de ces dernières peut fragiliser le professionnel mal investi ou mal étayé par l'institution. Il peut glisser dans la subjectivité. Ou au contraire, cela peut l'amener à se détacher à l'excès ce qui ne saurait correspondre à ce public qui demande un certain investissement pour que le travail soit effectif.

---

<sup>70</sup> Jean Vanier, « *Homme et femme il les fit* », Fleurus, mai 1984, p.29.

L'équipe nous a fait part de son besoin d'élaborer ce qui se joue dans la relation avec les jeunes afin de mieux les accompagner. En effet, il semble nécessaire de travailler en équipe autour de l'adolescent et de s'enrichir de nos différents points de vue. Ils permettent d'approcher d'un peu plus près la personne et ce qui la constitue. Si l'équipe dialogue, elle peut alors regarder avec davantage d'objectivité les situations, éviter certains conflits ou incompréhensions, donner du sens à ce qui se joue et d'agir en conséquence.

Ainsi au terme de cette expérience, il nous a semblé que le psychologue au sein d'une structure comme « La Clairière » était sans doute plus utile, auprès de l'équipe qu'auprès des jeunes. En effet, il peut l'accompagner dans son travail en apportant un autre regard sur les situations, faisant fonction de superviseur. Son rôle auprès des jeunes mères serait davantage de faire émerger la demande pour celles qui sont plus en souffrance et leur permettre un éventuel suivi sur l'extérieur en faisant le lien.

## Références bibliographiques

- Andesi, *La parentalité en questions*, ESF, avril 2002.
- Audry, *Rôle paternel et maternel dans la délinquance*, in « la carence de soins maternels. Réévaluation de ses effets », Cahiers de l’OMS, 1961, n°14.
- Benhaïm, *L’ambivalence de la mère*, Erès, Septembre 200.
- Boris Vian, *L’Arrache cœur*, Paris, Pauvert, 1962.
- Bouregba, *Les troubles de la parentalité*, Dunod, avril 2002.
- Boutonier, *La notion d’ambivalence*, Privat, 1972.
- Bydlowski , *Les enfants du désir*, psychanalyse à l’université, Tome IV, décembre 1978.
- Bydlowski, *Je rêve un enfant*, Odile Jacob, Février 2000.
- Bydlowski, *La dette de vie*, PUF, mars 2000.
- Cahier de l’OMS, *L’enfant à l’hôpital*, n° 9-1, 1955.
- Chabrol, *Que sais-je ? : Les dépressions de la maternité*, PUF, octobre 1998.
- Charbonneau, *Adolescentes et mères*, PU de Laval, 2003.
- Clerget, *Fantasmes et Masques de grossesse*, PU de Lyon, 1986.
- Deleau et Weil Barais, *La périnatalité*, Bréal, septembre 2003.
- Dolto, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Hatier, février 1991.
- Dugnat, *Devenir père, devenir mère*, Erès, mai 2000.
- Freud : G.W. XV.
- Freud, *L’ombre de l’objet (perdu) tombe sur le moi...*, in *Deuil et Mélancolie*, G.W, X, 435.
- Groddeck, *Le livre du ça*, Gallimard, 1963.
- Lebovici et Soulé, *La connaissance de l’enfant par la psychanalyse*, PUF, février 2003.
- Lehalle, *Psychologie des adolescents*, PUF, novembre 1991.
- Marcelli et Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, janvier 2004.
- Marcelli et Braconnier, *L’adolescent aux mille visages*, Odile Jacob, janvier 1998.
- Montrelay, *Recherches sur la féminité*, Critique, 1970, n°278.
- Vanier, « *Homme et femme il les fit* », Fleurus, mai 1984.
- Winnicott, *La haine dans le contre-transfert*, d’après un exposé fait à la Société

Britannique de psychanalyse, 1947.