

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°...

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : psychiatrie

Par

Laura COIN-BARIOU

Née le 10 octobre 1975 à Saint-Germain-en-Laye (78)

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2005

**GROSSESSE A L'ADOLESCENCE :
EVENEMENT DE VIE, AVENEMENT D'UN SUJET**

Président : Monsieur le Professeur DUVERGER

Directeur : Monsieur le Docteur MALKA

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur DUVERGER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur MALKA

Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier au C.H.U.
d'Angers.

Membres du jury :

Monsieur le Professeur GARRE

Monsieur le Professeur DESCAMPS

Madame le Docteur CHARLERY

Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Chef de
Service du secteur de Pédopsychiatrie Ouest au
C.H.S. de Ste Gemmes/Loire.

A Monsieur le Professeur DUVERGER

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Vous m'avez accueillie si chaleureusement dans votre service, je vous en remercie. La qualité de votre enseignement de pédopsychiatrie m'accompagnera dans mon cheminement.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur MALKA

Jean, tu me fais l'honneur de diriger cette thèse. Ta disponibilité, ton écoute, la richesse de ta pensée ont été une aide précieuse à l'élaboration de ce travail. Je te remercie de m'avoir guidée dans ma formation de pédopsychiatre, ta rigueur et ta réflexion seront toujours un exemple.

Trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur GARRE

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie de votre soutien et de votre engagement lors de mon départ à la découverte de la psychiatrie aux Etats-Unis.

La richesse et la diversité de votre enseignement me guideront dans mon parcours.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur DESCAMPS

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de nous faire part de votre expérience à ce sujet dans votre spécialité.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur CHARLERY

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

J'aurais aimé enrichir ma formation de pédopsychiatre à vos côtés. Mon parcours me conduit là où vous avez exercé, j'y vois un signe de bon aloi.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Titouan,

mi Tituan, amor de mamá, eres nuestra *preciosidad*, cuánta felicidad estar cada día que pasa junto a tí, te adoro corazón.

A Mathieu,

Mateo, mon amour, merci pour ton soutien, pour ta patience. Merci pour tout ce que tu es. Que de moments mémorables dans notre cheminement ensemble (New York, New York...). Puisseons-nous en vivre beaucoup d'autres encore...Te adoro.

A mi queridísima abuelita, Carmen (« tu loga »).

A mis padres queridísimos, papi y la abu (-elita),

gracias por todo, por lo que soís, por lo que soy. Gracias por confiar en mí y por haber estado siempre a mi lado. Os adoro.

A mis hermanitas queridísimas, Marina (Marinita) y Virginia (Virvir),

Lo que nos une es único. Os adoro.

A Stefan (Pololo...Pololísimo) et Sébastien (Sebas...el guaperas).

A toute ma famille. A toda mi familia.

A Mélanie (Mélou... « change rien, t'es super »), merci pour ton aide dans la mise en page de cette thèse (au « corps de texte si exotique »), à mes amis Marlychois (et aux pièces rapportées...), à mes amis non Marlychois et Angevins, en particulier Virginie.

A tous mes amis d'outre-Atlantique ...

A Mesdames Béatrice Gautier et Dominique Samyn, pour leur aide si précieuse dans les recherches bibliographiques.

A Monsieur le Docteur Hervé Brunetière, pédopsychiatre au Mans, pour la qualité de son enseignement et pour son écoute. A l'équipe de l'Intersecteur Nord de pédopsychiatrie du Mans.

A Madame Latry, sage-femme au C.H.U. d'Angers et à Madame le Docteur Aspeepe, médecin au Centre d'Orthogénie Flora Tristan.

A Diana, pour son aide.

A Jacqueline, pour sa gentillesse.

A toutes les personnes qui m'ont guidée lors de mon internat.

« Ya hace un año que llegaste Titouan...

Ya hace un año que iluminas nuestra vida con tu hocico bretón...

Ya hace un año que tu mamá dio a luz...

Ya hace un año que tu padre te mima...

Ya hace un año que tus tías están atontadas...

Ya hace un año que la abu y el papi perdieron la razón...

Ya hace un año que te queremos ! »

TABLE DES MATIERES

Introduction -----p.17

<p>PREMIERE PARTIE : HISTORIQUE ET ETAT DES LIEUX DE LA SEXUALITE ET DE LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE</p>

A – HISTORIQUE -----p.19

B – ETAT DES LIEUX -----p.21

I – *Epidémiologie* -----p.21

I-1. La puberté

I-2. La sexualité des adolescents

I-2-1. Caractéristiques des rapports sexuels

I-2-2. Les premiers rapports sexuels

I-2-3. Contraception et rapports sexuels

I-2-4. Sexualité et SIDA

I-3. La grossesse

I-4. La contraception

I-5. L'Interruption Volontaire de Grossesse (L'I.V.G.)

II – *La législation en France : Le contexte juridique de la sexualité et de la maternité à l'adolescence* -----p.31

II-1. La sexualité

II-2. La contraception

II-3. L'Interruption Volontaire de Grossesse (L'I.V.G.)

II-4. La maternité

II-5. La parentalité des mineurs

III – *L'approche socio-économique de la grossesse à l'adolescence* -----p.36

III-1. Y-a-t-il un « profil » de l'adolescente enceinte ?**III-2. Un éclairage différent : l'étude de la maternité de Nancy****III-3. Vers une fonction sociale de la grossesse****IV – L'approche médicale de la grossesse à l'adolescence -----p.40****IV-1. Relativisation des risques médicaux et obstétricaux inhérents à l'âge jeune****IV-2. Le suivi médical****IV-3. Conséquences médicales de la grossesse sur l'adolescente****IV-4. Conséquences médicales de la grossesse sur le nouveau-né et le nourrisson****IV-5. Conclusion****V – Interaction mère-enfant. Devenir de la mère et de son enfant -----p.44****V-1. Les interactions entre la mère adolescente et son enfant**

V-1-1. Y-a-t-il des différences avec des mères plus âgées ?

V-1-2. Y-a-t-il des différences selon le sexe de l'enfant ?

V-1-3. Existe-t-il des troubles de l'attachement spécifiques ?

V-1-4. Des situations à risque ?

V-2. Le devenir de la mère

V-2-1. Le sombre regard des années 70

V-2-2. Un autre regard

V-2-3. Une importante diversité interindividuelle

V-2-4. Sur les pas des conclusions de l'étude de Baltimore

V-2-5. L'accompagnement de la mère adolescente

V-2-6. Des mères à risque de troubles psychopathologiques ?

V-3. Le devenir de l'enfant

V-3-1. Généralités

V-3-2. Des enfants à risque de troubles psychopathologiques ?

V-3-3. Des enfants à plus haut risque d'une sexualité précoce ?

V-3-4. Des enfants à plus haut risque d'échec scolaire ?

VI – Paroles d'adolescents et de professionnels -----p.54**VI-1. Sur la sexualité**

VI-1-1. Paroles d'adolescents

VI-1-2. Paroles de professionnels

VI-2. Sur la contraception

VI-2-1. Paroles d'adolescents

VI-2-2. Paroles de professionnels

VI-3. Sur la grossesse

VI-3-1. Paroles d'adolescents

VI-3-2. Paroles de professionnels

VI-4. Sur l'I.V.G.

VI-4-1. Paroles d'adolescents

VI-4-2. Paroles de professionnels

DEUXIEME PARTIE : PSYCHOPATHOLOGIE

Introduction -----p.70

A – LES ENJEUX DES INTERACTIONS PRECOCES : LE BEBE ET SA MERE -----p.71

I – Les enjeux des interactions précoces du côté du bébé -----p.71

I-1. De l'auto-érotisme au narcissisme

I-1-1. Etayage du narcissisme par l'auto-érotisme

I-1-2. Cheminement du narcissisme

I-1-3. L'enfant vers l'acquisition de son identité : le stade du miroir

I-1-4. Le visage maternel comme précurseur du miroir

I-2. Genèse de la relation d'objet

I-2-1. Un 1^{er} stade non objectal

I-2-2. Le paradoxe de l'aire transitionnelle

I-3. La capacité d'être seul

I-4. Vers l'individuation

I-5. Construction de l'identité sexuée de l'enfant

I-6. Constitution de l'identité féminine chez la fillette

II – Les enjeux des interactions précoces du côté de la mère	p.85
II-1. Les interactions fantasmatiques	
II-2. Les interactions comportementales	
 B – LES ENJEUX DE LA PERIODE OEDIPIENNE ET DE LA PERIODE DE LATENCE	p.87
I – L’enfant à la période oedipienne	p.87
I-1. La période oedipienne chez le garçon	
I-2. La période oedipienne chez la fille	
I-3. Les identifications à la période oedipienne	
 II – L’enfant à la période de latence	p.90
II-1. Généralités	
II-2. Les identifications à la période de latence	
 C – LES ENJEUX DE LA PUBERTE	p.91
I – Généralités	p.91
I-1. Introduction sur l’adolescence	
I-2. Le changement de cap	
I-3. Le narcissisme, les identifications et l’identité à l’adolescence	
I-4. A la conquête d’une identité sexuelle définitive	
I-4-1. Poursuite de la construction de l’identité sexuelle à l’adolescence	
I-4-2. La place du corps à l’adolescence. L’acquisition de la différenciation entre homme et femme	
I-5. Passage de l’auto-érotisme à la quête d’objet : le choix d’objet sexuel à l’adolescence et ses deux temps, le temps « homo » et le temps « hétéro »	
I-5-1. Le temps « homo »	
I-5-2. Le temps « hétéro »	
 II – Les enjeux de la puberté chez l’adolescente	p.104
II-1. Spécificité des identifications chez l’adolescente et passage de l’identité sexuelle féminine à la féminité	
II-2. Quelles différences entre identité féminine et identité masculine ?	

II-3. Spécificité du temps « homo » : étayage de l'identité féminine et du narcissisme

II-4. Spécificité de la place du corps

III – Les enjeux de la puberté chez les parents de l'adolescent -----p.108

III-1. La seconde phase de séparation-individuation et le travail psychique de « la crise parentale »

III-2. La peur des parents vis-à-vis de la sexualité de leur adolescent

III-3. Les enjeux de la puberté chez la mère de l'adolescente

III-3-1. Les relations mère-fille à la puberté

III-3-2. La nécessaire reconnaissance de la féminité de la fille par sa mère

D – LES ENJEUX DE LA MATERNITE -----p.112

I – Les enjeux de la maternité chez toute mère -----p.112

I-1. L'expérience de la maternité : une phase du développement psycho-affectif de la femme, un moment de « crise identitaire » et de « folie normale »

I-2. Maternité et désir d'enfant

I-3. La grossesse : un état de transparence psychique inhabituel

II – Les enjeux de la maternité chez l'adolescente -----p.126

II-1. Adolescence et grossesse : une double crise maturative

II-2. Qu'en est-il du désir d'enfant chez l'adolescente ?

II-2-1. Un appel à l'aide à la mère des débuts de la vie

II-2-2. Acquisition d'un nouveau statut et étayage narcissique

II-2-3. Un besoin d'enfance

II-2-4. Ne plus faire « qu'un » avec la mère ou « tout sauf elle » ?

II-3. Le corps convoqué par la grossesse chez l'adolescente

II-3-1. La grossesse comme vérification de l'intégrité du corps

II-3-2. La grossesse comme mise en danger du corps

II-3-3. La place du corps sexué chez l'adolescente enceinte

II-3-4. Etayage du corps de la mère adolescente par le corps du bébé

II-3-5. Caractéristiques physiques du corps enceint de l'adolescente

II-4. La grossesse à l'adolescence comme évitement de la sexualité

II-5. Les mouvements identificatoires chez l'adolescente enceinte

III – Les enjeux de la maternité chez la mère de l'adolescente enceinte -----p.139

III-1. Une répétition transgénérationnelle de la maternité de mère à fille

III-2. Une méprise entre mère et fille. Une adulte « en crise »

III-3. Les relations mère-fille pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant

<p>TROISIEME PARTIE : OBSERVATION CLINIQUE ET DISCUSSION</p>

A – OBSERVATION CLINIQUE -----p.142

B – DISCUSSION -----p.151

I – Réflexion sur le déni de grossesse-----p. 151

II – Une quête identitaire-----p.154

III – La dynamique du désir-----p. 159

CONCLUSION -----p.164

ILLUSTRATION -----p.166

BIBLIOGRAPHIE -----p.167

ANNEXE (Extrait des écrits) -----p.176

INTRODUCTION

Nous entendons dire à son égard que c'est « une grossesse à risques », « une grossesse non programmée », « une grossesse non désirée ». J. D. OSOFSKY énonce, à la fin des années 80, que « c'est le plus grave problème social des U.S.A. ». Certains auteurs parlent même « d'épidémie de grossesse », comme s'il s'agissait d'une maladie, une maladie qui est sexuellement transmissible. Des explications simples tentent de résumer cette grossesse précoce : on parle « d'échec de contraception », « d'oubli de pilule », « d'irresponsabilité » et même « d'immaturité cognitive ». Nous constatons par ces propos le risque alors de stigmatiser cette grossesse adolescente.

Pourquoi ces attitudes ? Le discours tenu par les autorités dans les années 70 se voulait alarmiste. Les publications ne manquent pas pour qualifier cette grossesse adolescente de « grossesse à risques » :

- risque médical : elle mettrait en danger la vie de l'enfant et le risque plus élevé, à cet âge, de prématurité du bébé et de mortalité périnatale.
- risque psycho-social : le danger de maltraitance de l'enfant et des récurrences de grossesses.

Des études récentes nuancent les conclusions pessimistes des précédentes, en tenant compte de multiples facteurs.

La maternité à l'adolescence a fait couler beaucoup d'encre et continue encore à faire parler d'elle. Elle induit beaucoup de résistances de la part des familles, de la société et même des professionnels. Nous assistons au déplacement de l'interdit d'une sexualité précoce à l'interdit d'une maternité précoce. On voudrait la voir disparaître. Cette maternité « dérange ». Il faut la « prévenir » : on parle de prévention primaire et si celle-

ci échoue, de prévention secondaire. Cette grossesse est parfois (souvent ?) attribuée à un « comportement déviant » dans lequel il n'y aurait que peu de place pour l'expression d'un désir, celui d'une grossesse ou celui d'un enfant. Tout se passe comme si ces désirs n'étaient l'apanage que de femmes plus mûres. Ces attitudes n'auraient-elles pas pour effet de pérenniser chez la jeune fille des positions de passivité infantile? L'heure est donc d'abord à l'écoute d'un sujet, quel que soit le degré d'urgence de la situation clinique ou sociale.

Quelle place a cet enfant de mère adolescente ? Vient-il répéter une histoire, dans un bégaiement des générations ? Ou vient-il, au contraire, s'inscrire dans un enchaînement générationnel, jusqu'à même pouvoir rétablir un ordre, en levant une ou des confusions ?

C'est à travers ces réflexions que nous consacrons ce travail à la grossesse à l'adolescence.

Cette thèse se propose, dans une première partie, de dresser un état des lieux de la sexualité et de la grossesse à l'adolescence. Nous envisageons dans une deuxième partie les enjeux de la grossesse à l'adolescence sur les bases d'une approche psychopathologique. Une troisième partie est consacrée à l'observation clinique d'une jeune adolescente.

PREMIERE PARTIE : HISTORIQUE ET ETAT DES LIEUX DE LA SEXUALITE ET DE LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE

A - HISTORIQUE

Comprendre l'histoire des maternités à l'adolescence nécessite que l'on porte notre regard loin dans le passé, à l'époque du Moyen-Age¹. En ce temps, la puberté était plus tardive que de nos jours, mais la sexualité et le mariage étaient précoces, ce qui impliquait la survenue fréquente de maternités chez les jeunes femmes. Puis, est venu se substituer un autre modèle où le mariage et la sexualité sont devenus plus tardifs (l'âge moyen du mariage pour les femmes était de 25 ans au XVIIIème siècle), modèle qui a perduré jusqu'à notre époque. Toutefois, la fécondité était élevée et les grossesses aux âges jeunes, avant vingt ans, n'étaient pas rares.

Depuis l'édit royal d'Henri II de 1556, la déclaration au juge d'une grossesse chez toute jeune femme célibataire était imposée, sous peine d'une accusation de « recel de grossesse » ; si son enfant mourait sans être baptisé, elle était passible de la peine de mort. C'était l'époque sombre des guerres de religion, il fallait réprimer l'infanticide et l'avortement et donner à l'enfant le « bon » baptême, catholique. Des refuges virent le jour dans les grandes villes pour y accueillir les « filles séduites » et leur enfant. Ces jeunes filles étaient souvent des servantes qui avaient été abusées par leur maître ou qui avaient rencontré un jeune homme de passage. Celles qui avaient fait le choix d'un abandon le confiaient à un hospice. L'abandon d'un nouveau-né n'était en revanche pas réprouvé.

¹ Rollet C., « Contexte historique et social du phénomène », in *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CNIDFF), Paris, p35-41.

Ces maternités adolescentes ont fait l'objet d'une puissante réprobation sociale, en particulier au XIX^{ème} siècle, incitant les jeunes mères à cacher leur grossesse, et, souvent, à abandonner leur nouveau-né. La famille ne tolérait pas les naissances hors mariage et toute tentative d'avortement (à l'époque considéré comme un infanticide) était réprimée par l'autorité publique. L'avortement présentait des risques élevés, du fait de l'utilisation de drogues difficiles à doser, mais était devenu plus sûr à la fin du XIX^{ème} siècle et plus fréquent que l'infanticide, sans le faire disparaître pour autant². Les conditions de vie des jeunes filles enceintes étaient difficiles. Une des solutions était de se placer comme nourrice dans les familles bourgeoises, échappant de cette façon à la réprobation familiale et du village. Mais elles étaient souvent dans l'obligation d'abandonner leur propre enfant. C'est pour aider ces jeunes mères sans aucun soutien (familial, professionnel) que furent créés des institutions, des refuges, des « Samaritaines », à l'initiative du Sénateur P. STRAUSS à la fin du XIX^{ème} siècle.

Les maisons maternelles firent leur apparition, dans un premier temps, en réponse à la non acceptation dans les crèches des enfants de mères célibataires. Plusieurs mesures furent prises, comme les lois de 1904 et 1907 qui permettaient au père la reconnaissance d'un enfant adultérin, ou encore des congés de maternité avec indemnité pour les ouvrières (mariées ou non) en 1913. Après la Première Guerre Mondiale, du fait de la menace de dépeuplement, protéger tous les enfants et les mères devint un impératif pour les pouvoirs publics. Les assurances sociales, les allocations familiales, les congés de maternité pour les salariées virent le jour dans les années 30, puis la Sécurité Sociale, créée en 1945, assura le relais. Le décret de la loi du 19 juillet 1939, relatif à la famille (Code de la famille), imposa l'ouverture d'une maison maternelle dans chaque département, ayant comme principal objectif de prévenir les abandons et porter secours à l'enfance. Certaines se spécialisent dans l'accueil des mineures enceintes (5 centres en France), avec une prise en charge plus spécifique, notamment des difficultés scolaires et affectives, de la relation précoce mère-enfant, de l'apprentissage du rôle de mère, de l'insertion sociale de l'adolescente³. Depuis 1981, on parle de « Centres maternels » remplaçant les appellations de « Maison maternelle » ou encore d'« Hôtel maternel ». Les Centres maternels regroupent en un seul centre les services des maisons maternelles,

² Knibiehler Y., « Attendre un enfant, regard sur le passé », in *Attendre un enfant, désirs et représentations*, sous la dir. de J. Dayan, Ed. Erès, Spirale n°6 / 1997, p15-22.

³ Deschamps J-P., *Grossesse et maternité chez l'adolescente*. Paris, Ed. Le Centurion, 1976.

qui accueillait les femmes du 7^{ème} mois de grossesse au 3^{ème} mois du nourrisson, et les services des hôtels maternels, qui relayaient ces maisons maternelles pour une durée de 1 an.

Pour Y. KNIBIEHLER⁴, deux types de mères célibataires subsistent à notre époque : celles qui sont volontaires, qui sont dans la capacité de subvenir seules à leurs besoins et pour lesquelles le père trouverait peu sa place, l'auteur parle de « matriarcat » ; d'autres laissent penser qu'elles sont démunies, ayant parfois le recours dramatique à l'infanticide. Dans ce dernier cas de figure, les mères sont de plus en plus jeunes, voire encore adolescentes.

Ces jeunes mères correspondent-elles aux « filles séduites », aux « filles-mères » du passé ? Probablement pas, du moins d'un point de vue social, puisque les facteurs sociaux de l'illégitimité de l'époque étaient différents. En effet, d'autres issues étaient envisagées, comme, par exemple, faciliter les abandons, afin de combattre les infanticides.

B - ETAT DES LIEUX

I- Epidémiologie

I-1. La puberté

Dans les pays développés, l'âge moyen de la maturité biologique a avancé au cours du siècle. Aux Etats-Unis, par exemple, 75% des filles ont leurs 1^{ères} règles avant l'âge de 13 ans et 90% avant 15 ans⁵.

En France, l'âge moyen de la puberté a beaucoup diminué au cours du temps. En 1850, l'âge moyen de survenue des règles était de 17 ans. En 1900, il était de 14 ans. Puis, il est resté stable au cours des dernières décennies : à 12-13 ans 1 fille sur 2 est aujourd'hui réglée. En 100 ans, l'âge de la puberté chez *les filles* a diminué ainsi de 4 ans, passant de 17 à 13 ans.

⁴ Knibiehler Y., « Un éternel recommencement ? », in *Monoparentalités : échec ou défi ?*, série Mutations, n°134, Ed. autrement, janvier 1993, p18-26.

⁵ Ware L. M., « Les grossesses des adolescentes aux Etats-Unis d'Amérique », in *Devenir*, vol. 11, n°4, 1999, p23-48.

Pour *les garçons*, ce n'est pas la fécondité qui marque le début de la puberté. En effet, à 16 ans, 1 garçon sur 2 peut être fécond⁶.

I-2. La sexualité des adolescents

I-2-1. Caractéristiques des rapports sexuels

A l'adolescence, les rapports sexuels ont comme caractéristique d'être non planifiés (63 % pendant les vacances) et sporadiques (5 à 15 par an). Les unions sont en général courtes, pas plus d'un mois⁷. La vie sexuelle des adolescents est discontinue et a un profil de « *monogamie en série* »⁸.

I-2-2. Les premiers rapports sexuels

Entre 1972 et aujourd'hui, l'âge des premiers comportements sexuels a changé, au vu des 2 principales enquêtes qui ont été menées en France : le rapport Simon (1972)⁹ et le rapport sur les comportements sexuels en France de A. Spira, N. Bajos et du groupe ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France) de 1993¹⁰.

L'âge du premier rapport sexuel, en France, est passé de 21,5 ans chez *les filles* et de 19,2 ans chez *les garçons* en 1972 à 17 ans en 1985 (âge moyen égal dans *les deux sexes*).

Pour les 18-19 ans, le rapport de l'ACSF montre que 72,4 % des *garçons* et 63,8 % des *filles* ont eu au moins une fois un rapport sexuel dans leur vie.

Dans l'enquête du laboratoire Organon et du journal « *20 Ans* » en 1993-1994, sur une population de 10 600 *filles* de 13 à 25 ans, 79 % sont amoureuses lors de leur premier rapport sexuel.

⁶ Deschamps J-P., « Maternité et paternité précoces, le couple adolescent et l'enfant », in *Cahiers de la puéricultrice*, n°138, juin 1998, p12-15.

⁷ Seince N., Pharisien I., Uzan M., « Grossesse et accouchement des adolescentes », in *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot - Paris 2003, p209-224.

⁸ Alvin P., « Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture », in *La revue du Praticien*, 2002, n°52, p237-239.

⁹ Simon P.(1972), *Rapport sur le comportement sexuel des Français*. Ed. R. Julliard & P. Charron, Paris, 922 p.

¹⁰ Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF (1993), *Les comportements sexuels en France*, Doc. Française, Coll. Rapports Officiels, 352 p.

La place de l'affectif lors du premier rapport diffère dans les 2 sexes, puisque près de la moitié des *garçons* le font par « attirance ou par désir physique », tandis que la majorité des *filles* (87%) le font par « amour » pour leur partenaire.

Eprouver un orgasme lors des premiers rapports sexuels est plus difficile pour *la fille*. Ainsi, que le quart éprouvent un orgasme lors des premiers rapports, tandis que *le garçon* a le plus souvent un plaisir « sans surprise » (chez plus de trois-quart des adolescents).¹¹

La fille qui n'éprouve pas d'orgasme n'y accorde pas d'importance dans 42 % des cas, alors que, pour *les garçons*, ils sont 65 % à accorder de l'importance à l'orgasme.

I-2-3. Contraception et rapports sexuels

Les changements dans les comportements sexuels des adolescents viennent de leur précocité et de leur changement d'attitude vis-à-vis de la contraception, avec une meilleure information sur les risques de M.S.T. (Maladies Sexuellement Transmissibles) et de grossesse.

Les pratiques de contraception lors des premiers rapports se sont peu à peu modifiées avec une utilisation du préservatif de plus en plus fréquente. Ainsi, la proportion des premiers rapports sexuels protégés par les préservatifs est passée de 8 % en 1987 à 45 % en 1993 (L. Toulemon, H. Leridon, 1999).

En 1987, 69 % des *filles* n'utilisaient pas de contraception lors de leur premier rapport, alors qu'en 1993, dans l'enquête menée par le laboratoire Organon, 76 % utilisent une contraception ; 38 % une contraception orale et 52 % un préservatif, certaines utilisent les deux.

Pour les garçons, dans l'enquête menée par le journal « 20 Ans » en 1994, 46 % disent utiliser toujours ou presque toujours un préservatif, contre 13 % en 1987 pour leur premier rapport sexuel.

Avec la régularité des rapports sexuels, l'utilisation de la pilule contraceptive augmente de manière significative tandis que diminue l'usage du préservatif.

¹¹ Bonierbale M., « Les premiers rapports », in *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot - Paris 2003, p5-19.

Lors de relations irrégulières, 71 % utilisent un préservatif contre 41 % lors de relations régulières. Notons que 21 % des filles sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception (P. Alvin, D. Marcelli, 2000).

I-2-4. Sexualité et SIDA

L'étude récente de H. LAGRANGE et B. LHOMOND¹², en 1998, sur *l'usage des préservatifs chez les 15-18 ans en France* montre un changement de comportement chez les adolescents. En 15 ans, concernant les précautions et la contraception, les préservatifs sont devenus, *pour les filles comme pour les garçons*, le premier recours, la pilule est en seconde position, loin derrière. L'utilisation des préservatifs, *plus élevée chez les garçons que chez les filles*, augmente dans le temps, lorsque l'on compare l'année 1998 à l'année 1994.

Cette étude vient contrecarrer plusieurs idées reçues sur la sexualité des adolescents :

- la précocité n'est pas synonyme de prise de risque sexuel, l'utilisation du préservatif concerne tous les milieux socio-géographiques, le multipartenariat est sériel et non simultané, comme nous l'avons évoqué précédemment, les adolescents sont plus des « *monogames* » successifs.
- les adolescents qui ont leur virginité ne sont pas « initiés » par ceux qui ont une expérience sexuelle antérieure.
- parler du préservatif n'est pas toujours synonyme d'utilisation : *pour les filles*, parler du préservatif avec le partenaire favoriserait son usage, tandis que *pour les garçons*, en parler permettrait à certains de s'en passer.

Les enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices), réalisées en France en 1992, 1994, 1998 et 2001, suivent l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au SIDA (Observatoire de santé). Celle de 2001 montre, cependant, un relâchement des comportements de protection et les jeunes apparaissent moins sensibilisés au VIH/SIDA que leurs aînés. Les jeunes de 18-24 ans déclarent moins souvent en 2001 qu'en 1998 avoir utilisé un préservatif dans l'année et avoir eu recours au test de dépistage durant leur vie. Il apparaît donc que le besoin de se protéger

¹² Lagrange H., Lhomond B. (CNRS Paris et Lyon) et l'équipe ACSJ, étude de 1998, citée par Choquet M., « Les comportements à risque à l'adolescence », in *Adolescence*, 1999, 17, 2, p175-178.

du VIH/SIDA est moins intégré chez les 18-24 ans qui ont, pour la plupart, débuté leur vie sexuelle après 1996 (date de l'arrivée des trithérapies) et qui ont moins bénéficié des campagnes de prévention des années 80-90.¹³

I-3. La grossesse

La plupart des études quantifient les grossesses chez les adolescentes de quatre façons : *le taux de grossesse, le taux de fécondité, la proportion des naissances et le nombre total des naissances*^{14/15}.

Le taux de grossesse chez les adolescentes se calcule en divisant le *nombre de grossesses (naissances, I.V.G., fausses couches spontanées)* chez les jeunes femmes de 10-18 ans par le nombre de femmes faisant partie de ce groupe d'âge (exprimé pour 1000 personnes). Ce taux a baissé dans le monde.

Au niveau international, les Etats-Unis ont le taux de grossesse le plus élevé de tous les pays développés. Il est estimé chez les 15-19 ans à 96 ‰ ; chaque année un million de jeunes filles âgées de 11-19 ans sont enceintes, soit 11 % des jeunes filles de cet âge. Parmi ces adolescentes qui deviennent enceintes, 50 % décident de garder le bébé, 13 % auraient recours à l'avortement spontanément et 37 % à l'avortement thérapeutique.

Pour des raisons encore peu claires, depuis 1991, il existe une légère baisse du taux de grossesses et de naissances chez les adolescentes aux Etats-Unis. Cette constatation s'explique, en partie, par une meilleure utilisation des moyens contraceptifs. Il faut souligner cependant que, chez les plus jeunes, les 11-15 ans, il existe une légère mais constante augmentation du taux.¹⁶

Au Royaume-Uni le taux de grossesse est de 45 ‰, en Suède de 35 ‰, aux Pays-Bas de 14 ‰.

En France, le taux de grossesse chez les adolescentes de moins de 18 ans est estimé, selon les études, entre 24 ‰, soit environ 16 000 grossesses par an, et 43 ‰

¹³ Bonierbale M. Op. cit. (11)

¹⁴ Ros C., « Sexualité, grossesse et I.V.G., données épidémiologiques », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p23-32.

¹⁵ Ros C., *Grossesse à l'adolescence : étude comparative avec l'adulte jeune*, Thèse de Psychiatrie, Poitiers, année 2002, 200p.

¹⁶ Ware L. M. Op. cit. (5)

(respectivement C. Pawlak, 2000 et Ibbotson, 2002). Le tiers de ces grossesses seront menées à terme.

Etant donné la recrudescence des relations sexuelles chez les adolescentes et la baisse du taux de grossesse, nous pouvons penser qu'il y a une meilleure utilisation des moyens contraceptifs chez les adolescentes.

Le taux de fécondité chez les adolescentes est le nombre de naissances vivantes chez les jeunes filles de 15-19 ans par rapport au nombre total des femmes de ce groupe d'âge.

Le taux général de fécondité chez les adolescentes est nettement plus faible en Europe (environ 20 ‰) qu'aux Etats-Unis (environ 50 ‰), malgré un taux comparable d'activité sexuelle, ce qui pourrait traduire un niveau supérieur d'emploi des contraceptifs en Europe.¹⁷

De tous les pays étudiés, la Suède est celui qui a le taux de fécondité le plus bas, alors que les adolescentes ont des rapports sexuels à un âge plus jeune. Il s'agit du pays le plus actif en ce qui concerne le développement des programmes de prévention des grossesses à l'adolescence.¹⁸

Le taux de fécondité entre 1970 et 1981 dans sept pays d'Afrique étudiés varie de 102 à 331 naissances vivantes pour 1000 femmes de 15-19 ans. Cela représente entre 9 et 19 % du taux de fécondité total dans ces pays.

En France, le taux de fécondité est de 9 ‰ chez les 15-19 ans. Ce taux est en baisse depuis 1982.

Aux Etats-Unis, ainsi que dans la majorité des pays industrialisés, les 2/3 des naissances chez les adolescentes surviennent hors mariage. C'est la *tendance inverse* dans les pays en voie de développement.

¹⁷ Villar J., Barros F., Victora C., « Adolescente enceinte : analyse comparative des recherches en cours », in *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p3-14.

¹⁸ Ros C. Op. cit. (14 / 15)

	France	USA	UK	Suède	Pays-Bas
Taux de grossesse en 1997	24 à 43 ‰ (soit environ 16 000 grossesses par an)	96 ‰ (soit environ 1 million de grossesses par an)	45 ‰ (soit environ 90 000 grossesses par an)	35 ‰	14 ‰
Taux de fécondité en 1997	9 ‰	50 ‰	Europe : 20 ‰		

Taux de grossesse et taux de fécondité chez les adolescentes de 18 ans et moins en 1997.

(C. ROS, « Sexualité, grossesse et I.V.G., données épidémiologiques », Colloque sur *Grossesse et Adolescence*, Poitiers, 2000)

La proportion des naissances chez les adolescentes est le nombre de naissances chez les adolescentes, sur le nombre total de naissances pour un pays donné.

En France, ce nombre de naissances chez les adolescentes diminue de façon régulière depuis 1976, concomitant de la **loi Veil** légalisant l'interruption volontaire de grossesse en 1975 et du droit à la contraception gratuite et anonyme en 1974.¹⁹ Ce chiffre est passé de 3,6 % à 1 % entre 1976 et 1992. Depuis 10 ans, il se stabilise autour de 0,85 %.

La survenue de grossesse dans un contexte de violences sexuelles est en augmentation et M. UZAN montre un éventuel lien entre inceste et grossesse très précoce, avant 15 ans.

Le nombre total des naissances chez les mères de 18 ans et moins, en France, en 1997, est de 6 356 naissances, dont 984 chez les moins de 16 ans. Cela représente 0,85 % de l'ensemble des naissances.²⁰

Notons que le nombre de naissances dans la tranche d'âge des moins de 16 ans augmente depuis 1976, par rapport à toutes les grossesses chez l'adolescente.

Dans les Pays de la Loire, la part des naissances de *mères âgées de moins de 25 ans* a chuté de 24,6 % à 14,9 % entre 1992 et 2001 (à l'inverse des mères âgées de plus de 35 ans, de 9 % à 15 %). Sur 44 000 naissances, en 2000, dans les Pays de la Loire, tous

¹⁹ Ibid. Ros C.

²⁰ Seince N. et al. Op. cit. (7)

âges confondus, 178 (soit 0,4 % des naissances) concernent des femmes de moins de 18 ans, soit 2 fois moins qu'en 1982. Ces naissances aux âges extrêmes demeurent moins fréquentes dans les Pays de la Loire qu'en France métropolitaine²¹.

Année	1976	1992	1997
Proportion des naissances	3,6 %	1 %	0,85 %
Nombre total des naissances (mères de 18 ans et moins)	22 065	7 466	6 356 dont 954 pour les mères de moins de 16 ans.

Evolution de la proportion des naissances et du nombre total des naissances chez les adolescentes de 18 ans et moins.

(C. ROS, « Sexualité, grossesse et I.V.G., données épidémiologiques », Colloque sur *Grossesse et Adolescence*, Poitiers, 2000)

Certains auteurs²² se sont intéressés à savoir pourquoi le nombre de grossesses ne baisse pas davantage chez les adolescentes ? Plusieurs facteurs seraient en cause : en premier lieu, un certain nombre d'adolescentes souhaite et désire avoir un enfant. En second lieu, le recours au préservatif est temporaire, il est abandonné pour être remplacé par la pilule lorsque la relation amoureuse se stabilise. Le relais ne se passe pas toujours bien alors qu'il existe une bonne protection lors des premiers rapports.

En France, 5 à 10 % des grossesses des adolescentes sont méconnues de l'entourage jusqu'à l'accouchement.

Chaque année, en France, une vingtaine d'adolescentes accouchent seules, d'un bébé qu'elles seules savaient en gestation, et dans des conditions souvent dramatiques pour

²¹ Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « Grossesse, accouchement », in *La santé observée dans les Pays de la Loire*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ed. 2003-2004, p84-85.

²² Kafé H., Brouard N., « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? », in *Population et Sociétés*, n°361, octobre 2000, 4p.

l'enfant et la jeune mère. D'autres, plus nombreuses, se présentent à la maternité presque au terme normal d'une grossesse ni avouée, ni suivie²³.

Pour C. JOURDAIN²⁴, les *grossesses de découverte tardive* sont beaucoup plus nombreuses encore, elles sont reconnues trop tardivement pour envisager une interruption volontaire de grossesse ou une surveillance prénatale satisfaisante.

Vingt à 30 % des *grossesses des adolescentes sont mal ou pas suivies*.

Au Congo, approximativement 30 % des *grossesses des adolescentes sont méconnues jusqu'à l'accouchement*, et seulement 62 % des *grossesses ont un suivi régulier*.

I-4. La contraception

Chez les mineures, 60% des premiers rapports se déroulent sans contraception et seulement 20% des jeunes filles utilisent ensuite une méthode contraceptive de façon régulière (en majorité la pilule oestroprogestative). D'après le rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes de M. UZAN au Directeur Général de la Santé en 1998, peu d'adolescentes ont une contraception efficace. L'auteur insiste sur le fait que toute mineure qui se présente dans un Centre de Planning peut accéder à une prescription de contraception sans autorisation parentale, avec la remise d'une ordonnance pour avoir un accès gratuit à la pilule en pharmacie.

I-5. L'Interruption Volontaire de Grossesse (L'I.V.G.)

Actuellement on parle de 10 000 grossesses par an chez les mineures en France, dont 6 500 interruptions.

En France, le nombre d'I.V.G. chez les adolescentes de 15-18 ans a augmenté de façon progressive de 1976 à 1981, passant de 957 à 14 064, puis, il a diminué de 1981 à 1993, avec 5 785 IVG chez les 12-17 ans en 1993.

²³ Deschamps J-P., Alvin P., « La grossesse, la maternité et la paternité », in *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*, sous la dir. de P.-A. Michaud et P. Alvin, Ed. Payot Lausanne 1997, p302-313.

²⁴ Jourdain C., « Les mères adolescentes et leur bébé », in *Entretiens de Bichat, Psychiatrie*, sept 1988 : p189-192.

Mais, depuis 1993, on assiste à une augmentation du nombre d'I.V.G. chez les jeunes filles de moins de 18 ans (5 785 en 93 contre 6 662 en 96, ce qui correspond respectivement à 3,4 % et 4 % de l'ensemble des I.V.G.)²⁵.

Selon le Baromètre Santé Jeunes de 1997-1998, on estime à 2,8 % les adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà été enceintes, soit 6,2 % des filles sexuellement actives de cet âge. Dans 2/3 des cas ces adolescentes ont recours à l'I.V.G. (contre 1/3 en 1980).

D'après le rapport de M. UZAN de 1998²⁶, 1 grossesse sur 2 aboutit à une interruption de grossesse. Plus l'adolescente est jeune plus l'I.V.G. est fréquente, elle concerne 8 grossesses sur 10 pour les 12-13 ans et 6 grossesses sur 10 à 16 ans.

Le système d'enregistrement obligatoire des I.V.G. montre une hausse des taux d'avortement de 2,8 % par an depuis 1989, après une 1^{ère} phase de décroissance dans les années 80. Deux périodes se profilent²⁷ :

- **Période des années 80**, durant laquelle les taux d'I.V.G., les taux de fécondité et les taux de conception ont tous les trois diminué.
- **Période postérieure à 1990**, durant laquelle le taux de fécondité continue de baisser ; la proportion de grossesses chez les adolescentes s'est stabilisé, tandis que nous assistons à une hausse des taux d'I.V.G..

Entre 1990 et 1997, le taux d'I.V.G. des 18-19 ans est celui qui a le plus progressé, passant de 15 ‰ à 19 ‰, de même pour les 15-18 ans mais dans une moindre mesure, de 6 ‰ en 90 à 7 ‰ en 1997.

Selon I. NISAND²⁸, les taux d'avortement aux âges jeunes sont relativement peu élevés en France, comparés à ceux d'autres pays d'Europe Occidentale.

²⁵ Ros C. Op. cit. (14 / 15)

²⁶ Uzan M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, à la demande du Directeur Général de la Santé, Menard J., Paris, 1998.

²⁷ Faucher Ph., « Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence », in *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot - Paris 2003, p35-48.

²⁸ Nisand I., « La prévention de l'IVG chez les adolescentes », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2ème Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p35-37.

Les pays qui ont à la fois une forte natalité et un taux d'avortement élevé pour les adolescentes sont les anciens pays du bloc de l'Est, ainsi que le Royaume-Uni et les Etats-Unis.

La France a une position intermédiaire entre les pays du Sud et du Nord de l'Europe. Elle se situe au même niveau que la Suède, avec des taux d'I.V.G. assez bas chez les jeunes femmes.

II - La législation en France : le contexte juridique de la sexualité et de la maternité à l'adolescence

Le cadre juridique de la maternité à l'adolescence est celui du droit commun de la maternité.

La loi reconnaît 2 périodes dans la vie d'un sujet : la minorité jusqu'à l'âge de 18 ans (depuis 1974) et la majorité. Ainsi, l'adolescence n'est pas définie par la loi, et reste une entité psychodynamique s'appuyant sur l'évènement biologique qu'est la puberté.

II-1. La sexualité

La majorité sexuelle est fixée à 15 ans depuis 1983, âge impliquant une certaine autonomie sexuelle.

Au plan pénal, rappelons que, d'une manière générale, et vis-à-vis de quiconque, majeur ou mineur, les relations sexuelles imposées avec violence sont prohibées (agressions sexuelles ou viol).

La loi pénale française réprime l'activité sexuelle des jeunes âgés de moins de 15 ans, en fonction du statut personnel du partenaire :

- Tout partenaire sexuel majeur peut encourir une peine de 2 ans d'emprisonnement avec une amende de 30 490 euros (*C. Pén. Art. 227-25*), peine aggravée si le partenaire est un ascendant ou une personne ayant autorité.
- Si le partenaire sexuel est lui aussi mineur, l'article de droit pénal cité ci-dessus n'indique pas de sanctions.

En-dessous de l'âge de 15 ans, les relations sexuelles consenties entre deux mineurs ne sont pas punissables pénalement.

La liberté sexuelle n'est donc limitée par le droit pénal que dans le choix du partenaire : une jeune fille de moins de 15 ans ne peut avoir de relations sexuelles consenties avec un majeur sans que ce dernier puisse être poursuivi pour « atteinte sexuelle sans contrainte ».

Si la jeune fille a plus de 15 ans, sa liberté sexuelle est plus importante, puisque le droit pénal interdit uniquement les relations avec un partenaire ayant autorité sur elle ou agissant en qualité d'ascendant (*C. Pén. Art. 227-27*).²⁹

D'après le code civil, les détenteurs de l'autorité parentale ont le droit et le devoir de garde. Le droit permet aussi aux parents la surveillance des fréquentations de leurs enfants, pouvant en interdire certaines. Donc, ils peuvent interdire les relations d'une adolescente avec son partenaire, qu'il soit majeur ou mineur. Ils pourront également faire appel au procureur de la République pour des faits qui leur semblent répréhensibles (se référer aux articles du *Code Pénal 227-25 et 227-27*).

II-2. La contraception

« Les mineurs ont un libre accès à la contraception, anonyme et gratuit. Ils ont droit à cette contraception, et peuvent l'exercer personnellement. »

Les centres de planification et d'éducation familiale sont habilités à délivrer des contraceptifs aux mineurs, sur prescription médicale, sans l'autorisation parentale.

La loi autorise une contraception gratuite et anonyme pour toute mineure, et sans aucune condition d'âge, depuis 1974.

Depuis **la loi du 13 décembre 2000**, la *contraception d'urgence* peut être délivrée sans prescription médicale, elle est gratuite pour les mineures et peut être désormais administrée par une infirmière scolaire.

²⁹ Raymond G., « Grossesse de l'adolescente : éthique et droit », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2ème Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p103-117.

II-3. L'Interruption Volontaire de Grossesse (L'I.V.G.)

L'interruption volontaire de grossesse est légale en France depuis **la loi Veil de 1975**.

La loi du 4 juillet 2001 permet aux mineures (non émancipées) d'y avoir recours sans l'obligation d'une autorisation parentale. Le délai légal a été également modifié, passant de 12 S.A. (Semaines d'Aménorrhée, 10 semaines de grossesse) à 14 S.A. (12 semaines de grossesse).

Cette récente loi vient enfin mettre un terme à de nombreux paradoxes qui existaient autour des grossesses adolescentes. En effet, la jeune fille ne pouvait pas prendre de décision autonome pour un choix qui engageait toute sa vie future, mais elle disposait par contre de l'autorité parentale si elle décidait de poursuivre sa grossesse. Elle pouvait également accoucher sous X sans l'autorisation de ses parents.

Quelques points doivent être précisés vis-à-vis de cette nouvelle loi :

Le principe du consentement parental doit être maintenu, l'objectif étant de mobiliser les parents (*Code de la Santé Publique art. L.2212-7, al. 1 modifié*). La mineure présente son consentement au médecin (confirmation écrite de demande d'I.V.G.) et l'autorisation écrite du titulaire de l'autorité parentale.

La décision de l'adolescente seule, par dérogation. La loi permet aux médecins de pratiquer une I.V.G. sans que soit obtenu le consentement parental (*Code de la Santé Publique art. L.2212-7, al. 2 et 3 modifiés*), à la seule demande de la mineure non émancipée.

L'accompagnement par une personne majeure. Pour avoir droit à cette dérogation, la mineure doit être accompagnée d'une personne majeure de son choix (un proche ou un adulte d'un planning familial par exemple). Ce référent n'intervient aucunement dans la décision de la mineure. Son rôle se limite à une mission d'accompagnement et de soutien psychologique. Aucune responsabilité civile ou pénale ne peut être engagée à son encontre.

Dans les suites de l'intervention, une nouvelle consultation médicale sera proposée à la mineure, dans le but de lui conseiller une contraception adaptée (information sur la contraception, art. 7, al. 4).

La prise en charge de l'I.V.G. par l'Etat, dans la logique qui permet à une mineure de demander une interruption de grossesse sans le consentement parental.

Des points litigieux subsistent, notamment au sujet de l'anesthésie générale et l'inquiétude des anesthésistes concernant la possibilité légale de réaliser une anesthésie générale chez une mineure sans autorisation parentale. D'après la loi, si une anesthésie générale est nécessaire, elle relève des actes médicaux liés à l'I.V.G., figurant dans *le 3^{ème} alinéa de l'article L. 2212-7 du Code de la Santé Publique*. En ce qui concerne l'accompagnant, sa présence n'est pas obligatoire pour l'admission et la sortie de la mineure dans un établissement de santé.

Un autre point litigieux concerne la mineure de moins de 15 ans qui désire garder le secret vis-à-vis de ses parents : l'accompagnant majeur peut être celui avec qui elle entretient des relations sexuelles, alors qu'il est passible d'encourir une peine d'emprisonnement et une amende.³⁰

II-4. La maternité

Jusqu'en début d'année 2005, une jeune fille mineure pouvait se marier à 15 ans, avec l'accord d'un de ses parents (ou le représentant légal). Son consentement personnel était requis. Cet âge est de 18 ans pour un garçon.

Le 30 mars 2005, le Sénat porte de 15 à 18 ans l'âge minimum légal pour le mariage des jeunes femmes, égal à celui des garçons. Cette mesure a été prise afin d'éviter la survenue de mariages « forcés », pratique qui est relativement fréquente dans les populations immigrées ; il semble en effet que 70 000 adolescentes soient concernées par la question des mariages « forcés ».

Le mariage émancipe la jeune fille mineure, c'est-à-dire qu'il lui donne un statut de personne majeure.

Par contre, la maternité n'émancipe pas une mineure. « *Un(e) mineur(e) a seul(e) le droit de reconnaître son enfant naturel, et d'exercer sa responsabilité parentale, c'est-à-dire protéger son enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité* ». Ainsi dit, ses droits de parent l'emportent sur son propre statut de mineur(e)...mais elle (ou il) reste sous l'autorité parentale de ses parents.

³⁰ Faucher Ph. Op. cit. (27)

II-5. La parentalité des mineurs

Bien que l'adolescent bénéficie du statut de *mineur*, il dispose en tant que parent vis-à-vis de son enfant des mêmes droits et devoirs qu'un parent majeur.

Ces jeunes parents doivent être soutenus dans l'exercice de leurs droits et devoirs de parents. De manière exceptionnelle s'imposeront des mesures de protection pour l'enfant, et parfois pour ses parents.

Les parents mineurs exercent l'autorité parentale sur leur enfant. Ils ont droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation. Si les parents sont mariés, ils exercent leur autorité en commun. S'ils ne sont pas mariés, les deux parents, qui ont reconnu l'enfant, doivent faire une déclaration au juge des tutelles du Tribunal d'Instance, pour exercer l'autorité parentale en commun (cela n'exige pas une vie commune). Si cette démarche n'est pas faite, l'autorité parentale revient totalement à la mère.³¹

La loi prévoit également des limites à la pratique de l'autorité parentale :

Si nous sommes face à une carence parentale, les parents ne prodiguant pas à leur enfant les soins nécessaires, le juge des enfants peut avoir recours à une mesure d'assistance éducative.

Les parents mineurs peuvent également renoncer, provisoirement, à une partie ou à toute leur autorité parentale. L'enfant est alors accueilli par le service d'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.). Si les parents mineurs renoncent à leur autorité parentale de manière définitive, l'enfant est confié en vue d'une adoption.

Dans ce dernier cas de figure, l'abandon de l'enfant doit se faire bien-sûr dans des conditions légales : en effet, le délaissement d'enfant est un acte punissable (*C. Pén. Art. 227-1 et 227-2*). L'abandon d'enfant doit se dérouler selon les modalités prévues par le *Code civil* pour l'adoption ou par le *Code de la famille et de l'aide sociale* pour la remise au service de l'A.S.E.. Il peut être soit anonyme (dit sous X), soit avec l'indication du nom de la mère, et parfois celui du père.

³¹ Bouyx A., « Le contexte juridique de la maternité à l'adolescence », in *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p43-49.

L'acceptation de la grossesse et de la naissance établissent la filiation entre l'enfant et sa mère, et également son père. C'est la reconnaissance de l'enfant qui établit le lien de filiation, à distinguer de la déclaration de naissance.

Pour l'enfant dit « légitime », dont les deux parents sont mariés, la reconnaissance a lieu au même moment que la déclaration de naissance. Pour l'enfant « naturel », les deux parents n'étant pas mariés ensemble, la reconnaissance peut se faire avant la naissance de l'enfant ou même après, également lorsque l'enfant est décédé.

Tout parent a la liberté de reconnaître son enfant, y compris si l'autre parent s'y oppose. Les parents, majeurs ou mineurs, sont les seuls à pouvoir faire cette démarche de reconnaissance d'enfant auprès du service de l'état civil.

Si le père n'a pas reconnu l'enfant, la mère, même mineure, peut engager une action en recherche de paternité naturelle.

III - L'approche socio-économique de la grossesse à l'adolescence

Les grossesses à l'adolescence sont encore appréhendées comme des *grossesses à risques*. L'accent est mis *sur le risque médical*, mais également sur *le risque psychosocial*. En effet, ce dernier risque semble inhérent aux grossesses adolescentes, du fait de la grande vulnérabilité de l'adolescente sur le plan social et sur le plan psychologique.

III-1. Y-a-t-il un « profil » de l'adolescente enceinte ?

La plupart des auteurs (AUBRY C., 1988, LACHCAR P., 1989, HORWITZ S. M., 1996, WARE L-M., 1999) s'accordent à dire que les facteurs sociaux jouent un rôle important dans la survenue de ces grossesses à l'adolescence, parallèlement aux déterminants psychologiques. Ils parlent de *contexte social et familial à haut risque de grossesse précoce*.

Ils retrouvent comme *facteurs de risque* : une famille nombreuse, instable ou dissociée, un bas niveau socio-économique, une catégorie socio-professionnelle du père basse, avec une mère au foyer. Une promiscuité, des échanges au sein de la famille qui sont

souvent pauvres, avec peu d'accès à la parole, et, l'interdiction d'une sexualité ou d'une contraception. Il a été également repéré une pauvreté des intérêts précédant la grossesse, avec un faible investissement dans la vie sociale, scolaire ou professionnelle, des difficultés à imaginer l'enfant, à se projeter dans la vie future. L'existence de troubles mentaux chez les adolescentes, comme des troubles du comportement à type d'impulsivité (*états-limites*) ou des *troubles dépressifs*, est un *facteur de risque* de grossesse précoce.

L'étude récente de HERRENKOHL E. C. et al.³² de 1998 comparant 92 adolescents (filles ou garçons) qui sont devenus parents avant l'âge de 20 ans à 297 adolescents appariés pour les différentes variables n'ayant pas eu d'enfants avant cet âge, montre qu'une mauvaise estime de soi dans l'enfance et à l'adolescence est fortement corrélée avec la parentalité précoce, de manière encore plus significative chez les filles que chez les garçons. Par contre, contrairement à toute attente, les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance ne semblent pas être un facteur de risque significatif de parentalité précoce.

Ces auteurs ont également isolé des *facteurs de protection* vis-à-vis d'une grossesse précoce : comme la recherche d'objectifs à atteindre dans la vie, la présence d'une bonne estime de soi ; le fait d'avoir une famille unie, des parents qui encouragent leur adolescente, l'existence de bons rapports avec la mère, un désir de poursuivre des études ou de réaliser une carrière.

E. JANKY et coll.³³ estiment à 80 % le pourcentage d'adolescentes enceintes qui sont issues d'un milieu socio-économique médiocre, d'une famille désunie, nombreuse, monoparentale, affectée par le chômage.

Pour C. AUBRY, la position dans la fratrie ne semble pas jouer de rôle dans la survenue de ces grossesses.

³² Marcelli D., « Adolescence, grossesse et sexualité. Une douloureuse conjonction », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p39-46.

³³ Janky E., Gallais A., Landre M., « Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente », in *Encycl. Méd. Chir. Gynécologie-Obstétrique*, 5-016-D-10, 1996, 6p.

Certaines études décrivent le père de l'enfant comme étant plus jeune, et lorsqu'il n'est pas connu, il faut penser à une éventuelle relation incestueuse.

Bien souvent, les adolescentes enceintes sont déscolarisées ou n'ont pas de qualification professionnelle. Ce taux de déscolarisation varie entre 60 et 100 %, selon les auteurs. Pour M. UZAN, le taux de scolarisation est de 26 % chez les adolescentes qui poursuivent leur grossesse, et de 58 % pour celles qui ont recours à une I.V.G..

Les études de UZAN à l'hôpital J. Verdier (rapport de 1998 au Directeur Général de la Santé), en région parisienne, révèlent que 42 % des adolescentes ne présentent pas de problème important. Ce sont des jeunes filles mariées ou qui vivent en couple, qui font le choix d'initier une grossesse. Pour la majorité d'entre elles, le mariage précoce est un phénomène culturel, elles ont un soutien familial et les interactions mère-enfant sont bonnes. Le célibat concerne donc 58 % de ces adolescentes, dont 2/3 connaissent le père de l'enfant.

Certains auteurs ont montré la présence d'un processus de répétition transgénérationnel : ainsi, les mères de ces jeunes filles ont souvent eu leur premier enfant lorsqu'elles étaient adolescentes (HORWITZ S. M., 1996, CHIROSSEL S., 1999).

III-2. Un éclairage différent : l'étude de la maternité de Nancy

D'après les études que nous venons d'exposer, le constat, d'un point de vue socio-économique, semble grave.

En revanche, une étude menée en 1987 à la maternité de Nancy retrouve des points plus positifs. Cette étude semble être moins stigmatisante et apporte un éclairage différent.

Elle inclut 33 adolescentes enceintes. Elle a montré que la majorité de ces jeunes filles (24) était en couple depuis plus d'une année, 9 seulement étaient avec un ami occasionnel. Un désir de grossesse était présent chez 21 adolescentes, avec *souvent un désir commun au couple*. Cette grossesse était un « accident » pour 12 d'entre elles, le plus souvent elle était bien investie par l'adolescente, même en cas de séparation avec le père. Une seule jeune fille sera amenée à abandonner son enfant. Les 2/3 des pères

reconnaissent leur paternité et sont un soutien pour leur compagne durant la grossesse.³⁴ Les réactions de l'environnement familial étaient dans leur ensemble positives, avec parfois une première période de crise lors de l'annonce de la grossesse. La majorité de ces adolescentes a trouvé un soutien auprès de leur mère, rencontrant plus de difficultés avec leur père. Un accueil en maison maternelle a été envisagé pour 2 de ces jeunes filles ayant vécu une exclusion de leur famille.

Ainsi, cette étude montre que les grossesses à l'adolescence résultent d'un choix pour une majorité de jeunes femmes, s'inscrivant dans une relation de couple stable (pour les 2/3 d'entre elles). Dans 1/3 des cas la grossesse n'avait pas été désirée.

Notons cependant qu'une seule adolescente dans cette étude avait un projet de vie précis pour les années à venir. La plupart n'avaient pas exprimé de motivation pour une qualification professionnelle future, une déscolarisation avait souvent précédé la grossesse. Certaines avaient évoqué la recherche d'un travail lorsque leur enfant irait à l'école.

III-3. Vers une fonction sociale de la grossesse

Pour J-P. DESCHAMPS³⁵, « *on ne peut plus soutenir aujourd'hui que les adolescentes deviennent enceintes par ignorance, naïveté, ou par inaptitude à utiliser les moyens de contraception. Dans la majorité des cas [...], lorsqu'il ne s'agit pas du résultat d'un viol ou d'une relation incestueuse, la grossesse est le résultat du projet d'une jeune fille ou d'un jeune couple* ».

Pour lui, la grossesse à l'adolescence est un « *projet de vie alternatif* » pour des jeunes femmes qui sont en échec scolaire, dans un milieu familial perturbé, peu soutenant. Il s'agit alors pour elles d'acquérir une *fonction sociale*, ce projet leur offre un *rôle social valorisé, celui d'être mère*. Elles se sentent valorisées, bénéficiant d'un meilleur soutien familial et social, ainsi que de prestations d'aide sociale.

Nous remarquons que les études actuelles sur la grossesse chez les adolescentes envisagent celle-ci d'un point de vue négatif, avec un pronostic très sombre en ce qui

³⁴ Aubry C., Schweitzer M., Deschamps J-P., « Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence », in *Arch. Fr. Péd.*, 1988, 45, p845-849.

³⁵ Deschamps J-P., « La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation ? », in *Les cahiers de l'AP-HP, J.P.O.P.* 97, 5^{ème} Journée Parisienne Obstétrico-Pédiatrique, p70-72.

concerne l'équilibre affectif de la mère et de l'enfant. Les facteurs d'échec sont souvent mis en avant dans ces études, en insistant, de manière paradoxale vis-à-vis du fonctionnement adolescent, sur la prévention primaire de ces grossesses (cette prévention primaire est souvent réfutée par les adolescentes).

Le véritable travail à effectuer est l'accompagnement de ces adolescentes enceintes, qui n'est pas assez pris en compte. Pourtant, il permettrait l'installation d'une confiance en soi, une aide à la mise en place de relations gratifiantes de l'adolescente avec son enfant.

IV - L'approche médicale de la grossesse à l'adolescence

IV-1. Relativisation des risques médicaux et obstétricaux inhérents à l'âge jeune

Dans les premières études menées dans les années 70 et 80, il est probable que les risques médicaux et obstétricaux inhérents à l'âge des adolescentes enceintes aient été surestimés. Il faut relativiser. L'âge jeune n'est pas le seul facteur à considérer.

Ainsi, aujourd'hui, il est admis que *l'âge jeune de l'adolescente n'est pas le seul facteur déterminant* des difficultés médicales de ces adolescentes enceintes. En effet, nous devons tenir compte aussi d'un *contexte général, des facteurs socio-économiques* tels que : les faibles ressources financières, le fait d'être célibataire, des soins prénataux insuffisants, le tabagisme, les carences alimentaires. D'une manière générale, les principales complications restent liées au suivi tardif de la grossesse, lui-même en lien avec le contexte général.

IV-2. Le suivi médical

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, le suivi tardif de la grossesse est responsable des principales complications médicales.

Ainsi, aux Etats-Unis, le terme de la 1^{ère} consultation obstétricale chez les jeunes filles est de 16,2 semaines contre 12,7 chez les adultes. 15,5 % des adolescentes consultent

avant 10 semaines, 11,4 % d'entre elles n'auront au final qu'une à quatre consultations prénatales.

On ne retrouve pas de suivi dans 2 à 3 % des cas. Il faut cependant nuancer : le suivi obstétrical varie suivant *l'âge de l'adolescente*. Ainsi, parmi *les moins de 15 ans*, environ 33 % consultent au 1^{er} trimestre de la grossesse, *chez les 15-17 ans* ce chiffre est de 54 % et de 56,5 % *pour les 18-19 ans*.

En France, 5 à 10 % des grossesses chez les adolescentes sont méconnues jusqu'à l'accouchement et 20 à 30 % sont mal ou non suivies.

IV-3. Conséquences médicales de la grossesse sur l'adolescente

- Durant le 1^{er} trimestre de la grossesse, le pourcentage de survenue de *problèmes digestifs* est comparable à celui retrouvé chez les adultes (présence de vomissements gravidiques dans environ 1/3 des grossesses). Les grossesses à l'adolescence se compliquent dans 16 % des cas de *métrorragies* (contre 5 % chez les adultes). Certains auteurs retrouvent 28 % de *fausses couches spontanées*.

- Au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la grossesse, la fréquence d'une *anémie par carence martiale* est soulignée par la plupart des auteurs, elle est estimée entre 10 et 35 % selon les études. La fréquence d'*infections urinaires* est comparable à celle survenant chez les adultes, estimée entre 5 et 22 %. Certains auteurs retrouvent une incidence plus élevée de *menace d'accouchement prématuré*, concernant 22 % des grossesses adolescentes contre 10 % pour la population générale, *et d'accouchement prématuré*, 11 % contre 6 % (BOISSELIER Ph., 1985). Pour certains, le taux de *complications cardiovasculaires* est plus élevé chez les adolescentes (*une hypertension gravidique* est retrouvée dans 3 à 20 % des cas selon les études), en particulier chez les moins de 15 ans. La survenue de *crises d'éclampsie* est une complication rare lors des grossesses à l'adolescence, taux variant entre 0,1 et 0,5 %. Le pourcentage de *mort fœtale in utero* ne serait pas différent de celui retrouvé chez les adultes, entre 0,4 et 1,3 %.³⁶

³⁶ Janky E. et al. Op. cit. (33)

- L'accouchement de l'adolescente est réputé sans risque, si la grossesse est reconnue pour que puisse s'initier un travail de parentalité avant la naissance de l'enfant.

La plupart des accouchements se déroulent par *les voies naturelles*, avec un taux d'accouchements par césarienne inférieur à celui retrouvé chez les femmes adultes.

L'étude rétrospective de M. UZAN sur 7 ans, de 1996 à 2003, incluant 328 adolescentes de 12-18 ans, retrouve seulement 8,8 % de césariennes contre 18 % dans la population générale. Par contre, la majorité des auteurs retrouve, dans l'ensemble, plus *d'extractions instrumentales* chez les adolescentes.

La durée du travail n'a pas de spécificité chez l'adolescente. Notons, par contre, une durée d'expulsion plus longue par rapport à celle de l'adulte.

La plupart des études montrent *un taux d'épisiotomie* très élevé.

La survenue *d'hémorragie de la délivrance* ne semble pas plus fréquente lors de l'accouchement de l'adolescente (5,5 % chez l'adolescente contre 4,8 % chez les femmes de 20-24 ans dans l'étude de KONJE JC. en 1992).

IV-4. Conséquences médicales de la grossesse sur le nouveau-né et le nourrisson

En ce qui concerne le nouveau-né, il existe une augmentation du nombre d'*enfants de petit poids de naissance et de la prématurité* pour les grossesses adolescentes. Cependant, plusieurs auteurs montrent un pourcentage de poids de naissance inférieur à 2,5 kg identique à celui retrouvé chez l'adulte (estimé entre 8 et 23 %). Il y aurait, par contre, une différence entre les adolescentes très jeunes, *de moins de 15 ans*, et celles plus âgées.

Il existerait *un taux plus élevé de mortalité infantile*. Les études anglo-saxonnes menées dans les années 70 retrouvent *un taux de mortalité périnatale* variant de 21,5 à 54 ‰. Ces chiffres si élevés ne semblent pas être retrouvés dans des études plus récentes. Pour JC. KONJE (1992) par exemple, il est de 13,6 ‰ chez les adolescentes contre 15,7 ‰ dans le groupe témoin.

Le taux de mortalité néonatale serait similaire à celui des adultes pour certains auteurs (17 ‰), pour d'autres il serait supérieur (32 ‰ versus 12 ‰).

Certains auteurs comme GOSSET (1996) estiment que le risque de mort subite du nourrisson est plus élevé chez les mères adolescentes (5 contre 1 dans la population

générale). Les décès par infection, accident domestique, maltraitance seraient plus nombreux.

Le risque de malformations congénitales dans cette population adolescente a été peu étudié. C'est un fait surprenant, alors que ces jeunes filles sont plus exposées à des facteurs qui pourraient avoir une incidence sur ces malformations, tels que : le tabac, le déficit nutritionnel, la prise de toxiques.

L'étude californienne de LA. CROEN concernant un nombre très élevé de naissances, environ un million, sur une période de 5 ans (1983-1988), montre, chez les femmes de moins de 20 ans, *un risque global de malformations 11 fois plus élevé* que celui des femmes à risque le plus faible, soit entre 25 et 30 ans.

Les malformations congénitales concernent plus souvent les enfants nés de mère très jeune.

Dans l'étude du registre des malformations de Paris (GOUJARD J., 1997), regroupant toutes les interruptions médicales de grossesses après diagnostic anténatal de 1981 à 1994 pour malformations, la fréquence des cas de malformations (y compris les anomalies chromosomiques) est de 3,2 % pour les jeunes filles de moins de 18 ans, contre 2,8 % pour les 20-24 ans et 3 % pour les 25-29 ans.

Dans cette population adolescente étudiée, le fait surprenant est le nombre élevé *d'anencéphalies, de fentes palatines, de maladies polykystiques rénales, de laparoschisis et d'anomalies chromosomiques (en particulier la trisomie 21)*.

Ainsi, ce risque plus élevé de malformations lors des grossesses adolescentes doit nous conduire à une particulière attention lors de la réalisation de l'échographie morphologique pour ces jeunes filles³⁷.

IV-5. Conclusion

Dans les pays industrialisés, la grossesse chez l'adolescente ne doit donc plus être considérée comme un problème uniquement médical, il faut souligner l'importance du

³⁷ Seince N. et al. Op. cit. (7)

contexte social, économique, familial autour de ces grossesses. Insister sur le rôle d'un accompagnement pluridisciplinaire, médical, obstétrical et psychosocial est essentiel.

Certains facteurs peuvent être modifiés, tels que la clandestinité et l'absence du suivi prénatal, les carences nutritionnelles, une mauvaise hygiène de vie comme la consommation tabagique et la prise de toxiques, le stress ou un rythme d'activité peu appropriés, les maladies sexuellement transmissibles.

Par contre, d'autres facteurs sont peu ou pas modifiables, tels que le très jeune âge maternel, le faible niveau éducatif, la précarité, le manque de soutien familial ou social.

V - Interaction mère-enfant. Devenir de la mère et de son enfant

V-1. Les interactions entre la mère adolescente et son enfant

V-1-1. Y-a-t-il des différences avec des mères plus âgées ?

Pour D. MARCELLI et P. ALVIN³⁸, pendant la grossesse, les adolescentes expriment moins de préoccupations maternelles anxieuses que les femmes adultes. Elles se montrent par ailleurs souvent assez habiles avec leur bébé.

Il semble qu'elles soient moins expressives, moins positives dans leur attitude et aient moins de moments d'attention partagée que des mères plus âgées. Elles montrent une bonne capacité à jouer avec leur bébé, mais sont moins capables de régression lors des jeux. Elles sont souvent plus rigides dans leurs convictions, pouvant dire, « *il a faim* », « *il doit dormir* ».

Les mères adolescentes montrent donc, d'une manière générale, moins de sensibilité à l'égard de leur enfant et ont plus de difficultés à interpréter leurs signaux. La mère adolescente aurait plus de difficultés à discerner les besoins de son enfant et les siens propres. Ceci rejoint la question de *la préoccupation maternelle primaire* que nous verrons dans un autre chapitre.

³⁸ Alvin P., Marcelli D., « Les grossesses précoces », in *Médecine de l'adolescent*, Ed. Masson, Collec. Pour le praticien, Paris, 2000, p248-252.

Pour J-P. DESCHAMPS, il n'est pas rare d'observer des réactions ambivalentes chez ces jeunes mères, alternant une réaction possessive, telle que, « *c'est à moi, c'est mon enfant, j'aurai quelqu'un à aimer* », et une réaction agressive, telle qu' « *il me déforme le corps* ». Cette ambivalence se voit essentiellement lorsqu'il n'y a pas de projet d'enfant. Il ajoute³⁹qu'il « *faut pouvoir accepter chez l'adolescente une longue progression de l'attachement, que des comportements agressifs semblent parfois faire juger comme définitivement compromis. Il faut pouvoir valoriser l'adolescente et qu'elle se sente valorisée. Il faut que l'enfant qu'elle a fait puisse être pour elle une réussite* ».

Concernant les interactions précoces mère-enfant, J-D. OSOFSKY et al.⁴⁰ montrent que les mères adolescentes parlent souvent moins à leur bébé que des mères plus âgées, elles font preuve de moins de sensibilité dans l'interaction avec eux. Ces constatations sont retrouvées par d'autres auteurs anglo-saxons (GARCIA-COLL et al., 1987, FIELD et al., 1980).

Pendant la 1^{ère} année de l'enfant, les mères adolescentes semblent être moins au courant de leurs besoins de croissance. Souvent, elles ne suivent pas les signaux du bébé et le taquinent.

V-1-2. Y-a-t-il des différences selon le sexe de l'enfant ?

Pour J-D. OSOFSKY et al., il existerait des différences liées au *sexe de l'enfant* dans l'interaction de ces jeunes mères avec leur enfant. Ainsi, la relation mère-fille serait plus intense, la mère voyant dans sa fille un reflet d'elle-même. Cette relation peut être toutefois teintée de crises clastiques, du fait d'une rivalité mère-fille, avec la résurgence pour la mère adolescente de conflits oedipiens. En ce qui concerne les garçons, il semblerait qu'ils veuillent se rapprocher davantage de leur mère. Des relations ambivalentes de la part de la mère adolescente peuvent alors se voir (séduction, rejet), en particulier si celle-ci n'est pas en couple. Dans ce dernier cas de figure, le fils occuperait ainsi plusieurs places.

³⁹ Deschamps J-P., « La mère adolescente, le couple adolescent et l'enfant », in *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Paris, Ed. PUF 1997, tome 4, p2663-2677.

⁴⁰ Osofsky J-D., Eberhart-Wright A., Ware L. M., Hann D. M., « Les enfants de mères adolescentes : un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie », in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVI, 1, 1993, p253-287.

V-1-3. Existe-t-il des troubles de l'attachement spécifiques ?

Des études menées à la fin des années 80 (LAMB et al., 1986, SPEIKER, 1988) énoncent un défaut d'attachement plus fréquent dans les dyades mères adolescentes-nourrissons. Elles montrent un risque d'attachement non sûr, « *insecure attachment* », plus important, ou un attachement de type anxieux, ou encore ambivalent.

V-1-4. Des situations à risque ?

Certains auteurs, comme D. GOSSET, ont identifié des *situations à plus haut risque de maltraitance de l'enfant*, telles que : les grossesses non suivies, non déclarées, les grossesses étant l'objet d'un déni, les grossesses de découverte tardive, les grossesses s'accompagnant d'angoisses intenses d'handicap chez l'enfant.

V-2. Le devenir de la mère

V-2-1. Le sombre regard des années 70

Les études réalisées dans les années 60-70 au sujet des maternités adolescentes ont dépeint un sombre pronostic quant au devenir de la mère adolescente et de son enfant.

A côté du risque obstétrical, néonatal, sont pointés le risque de maltraitance, d'infanticide, de handicap social, de placement d'enfant, de grossesses à répétition.

L'auteur anglo-saxon A. CAMPBELL affirmait, en 1968, que « *la jeune fille qui a un enfant illégitime à seize ans voit soudain écrit les neuf dixièmes du livre de sa vie. Elle aura peu de choix possibles dans sa vie, et la plupart de ceux-ci seront de mauvais choix.* »

V-2-2. Un autre regard

C'est au début des années 80 que plusieurs auteurs font état d'un point de vue différent. Une étude menée à l'Université de Yale par L.V. KLERMAN et J. F. JEKEL montre que les relations péjoratives entre grossesse à l'adolescence et évolution défavorable par la suite seraient dues à la médiocrité des conditions sociales, et non à l'âge jeune de ces adolescentes.

Comme nous l'avons vu au chapitre dédié à « l'approche socio-économique » de la grossesse à l'adolescence, les données de la littérature récente des années 90 montrent que le fait de tenir compte des *facteurs sociaux* ne permet plus de différencier les grossesses adolescentes des autres.

V-2-3. Une importante diversité interindividuelle

L'étude américaine, en 1987, de F. F. FURSTENBERG et al.⁴¹ sur le devenir de 300 mères adolescentes pendant 17 ans, montre *l'extrême diversité interindividuelle du devenir des situations*. Cette diversité est déjà sensible à 5 ans, mais l'est beaucoup plus après 17 ans de recul.

Cette étude inclut 300 jeunes filles noires, citadines, *de la région de Baltimore*, qui étaient enceintes au milieu et à la fin des années 60. Elle montre, d'après les entretiens réalisés 17 ans plus tard (en 1984), qu'une majorité de ces jeunes femmes a fini le lycée (70,5 %) et a trouvé un emploi stable (67,8 %). Les jeunes femmes qui ont une famille nombreuse sont une minorité. La plupart d'entre elles ont eu moins de naissances qu'elles ne le voulaient lorsqu'elles étaient adolescentes.

La majorité de ces jeunes femmes s'est mariée, avec un âge moyen lors du mariage de 20 ans. Cinq ans plus tard, 2/3 étaient mariées, contre 1/5^{ème} des adolescentes de leur classe. Cependant, plus de la moitié de ces mariages contractés à un âge jeune ont échoué. Dix-sept ans plus tard, seulement 22 % de ces femmes n'avaient jamais été mariées, mais la plupart étaient en couple ou l'avaient été dans le passé ; 34 % étaient mariées lors de l'entretien dont ¼ l'avaient été plus d'une fois et 44 % avaient été mariées mais ne l'étaient plus à ce moment-là ; *seulement 16 % de ces jeunes femmes étaient mariées avec le père de leur premier enfant*.

Cette étude montre également la *grande variabilité* qui existe entre les différentes situations, notamment dans les expériences de vie, les styles de vie de ces mères.

⁴¹ Furstenberg F. F., Brooks-Gunn J., Philip Morgan S., " Adolescent mothers and their children in later life ", in *Family Planning Perspectives*, vol. 19, n°4, July / August 1987, p142-151.

Il est vrai qu'avoir un enfant à l'adolescence diminue la probabilité de ces femmes d'avoir une bonne situation économique et augmente la probabilité d'avoir une famille nombreuse. Cependant, celles qui avaient bénéficié d'un soutien économique et qui avaient des parents ayant reçu eux-mêmes une bonne éducation avaient plus de chances de réussir. De plus, le fait d'être motivées vis-à-vis de la scolarité était un *facteur important de réussite*. Ainsi, les jeunes mères qui travaillaient bien en classe et qui avaient des projets professionnels au moment de la naissance de leur premier enfant avaient plus de chance que les autres de réussir par la suite.

Le fait d'avoir eu d'autres grossesses à un âge jeune diminuait les chances de ces mères de poursuivre une scolarité et d'acquérir une expérience professionnelle. Les femmes qui avaient eu d'autres enfants dans les 5 ans après la naissance de leur premier enfant (1/3 d'entre elles avaient été enceintes au moins deux fois) avaient moins bien réussi leur scolarité, avaient moins de projets et étaient issues d'un milieu familial plus défavorisé que les femmes qui prenaient une méthode contraceptive.

Des changements dans le mode de vie de ces femmes ont eu des conséquences sur le comportement de leurs enfants, à tous les âges, mais il n'a pas été identifié, dans cette étude, de facteur spécifique.

D'une manière générale, il est évidemment souhaitable que les adolescentes reprennent la scolarité après la naissance de l'enfant, c'est un élément de bon pronostic familial et social. Le fait d'être mère jeune limite les moyens pour terminer son éducation et pour réussir économiquement. Par conséquent, ces enfants courent un plus grand risque de développer des troubles psychopathologiques.

V-2-4. Sur les pas des conclusions de l'étude de Baltimore

L'étude de S. M. HORWITZ⁴² et al., en 1991, après un suivi de 20 ans d'une cohorte de mères adolescentes, montre également une grande diversité parmi les situations. Cette cohorte incluait initialement 149 mères adolescentes noires et 20 ans plus tard, 121 furent retrouvées et interviewées, soit 81 % d'entre elles, avec donc très peu de jeunes femmes qui ont été perdues de vue.

⁴² Horwitz S. M., Klerman L. V., Sung Kuo H., Jekel J. F., " School-age mothers : Predictors of long-term educational and economic outcomes ", in *Pediatrics*, vol. 87, n°6, june 1991, p862-868.

Cette étude montre, qu'après un suivi de 20 ans, 71 % avaient continué leur scolarité jusqu'au lycée et 82 % n'avaient aucun besoin de soutien financier. Cependant, 68 % de ces mères adolescentes étaient célibataires, 17 % consommaient de l'alcool ou de la drogue et 11 % étaient traitées pour dépression.

Ils identifient des *facteurs de bon pronostic*, comme un bon niveau scolaire antérieur à la grossesse, une reprise de la scolarité après la naissance, une intégration sociale, une maîtrise de la fécondité pour ne pas avoir d'autres grossesses proches du premier enfant, un accompagnement social.

En effet, les jeunes femmes qui ont terminé leur scolarité lorsqu'elles étaient enceintes avaient *18 fois plus de chance* de réussir et celles qui ont suivi durant la grossesse un programme de soutien adapté (éducatif, médical et social) avaient *10 fois plus de chance* de réussir dans le futur.

Cette étude récente montre que la majorité des anciennes mères adolescentes a obtenu un niveau d'éducation correct et est indépendante d'un point de vue économique. Ainsi, si l'adolescente ou le couple adolescent sont bien entourés, ils sont tout à fait capables d'avoir une bonne attitude parentale.

V-2-5. L'accompagnement de la mère adolescente

Pendant la grossesse, l'adolescente ou le jeune couple doivent s'entourer d'un *petit nombre d'interlocuteurs stables*, sans multiplier les intervenants. Ils seront également, mais pas uniquement, leur support social, pourront les rassurer sur leur questionnement autour de cette grossesse.

Après la naissance, cet accompagnement devient indispensable. Le décalage entre le bébé imaginé et le bébé réel est encore plus grand que chez la femme adulte. Le bébé a été idéalisé, imaginé comme valorisant. Cette confrontation au nouveau-né réel est souvent très difficile à vivre pour la mère adolescente. L'établissement des premières interactions mère-enfant pourrait être compromis si cet événement n'était pas accompagné.

Les sources de soutien de l'adolescente et ses rapports avec son entourage sont importants à étudier. La mère de la jeune fille (la grand-mère maternelle de l'enfant) peut participer de plusieurs façons, cette participation allant d'une aide occasionnelle jusqu'à parfois élever l'enfant. Ce soutien est primordial mais à la condition que chacun

y trouve sa place, que ce ne soit pas une « maternité par procuration » pour la jeune grand-mère. L'enfant ne doit pas se trouver dans un flou intergénérationnel.

Le soutien peut venir bien-sûr des institutions, telles que les Centres Maternels, si les rapports sont trop conflictuels avec l'entourage familial.

Par ce soutien affectif, matériel et social, l'adolescente, tout en assurant sa fonction maternelle, doit pouvoir vivre son adolescence, poursuivre sa scolarité, s'intégrer dans la vie sociale.

Ainsi l'énonce S. LEBOVICI⁴³ : « *Certains cas peuvent avoir une évolution heureuse : lorsque les grands-parents de ce bébé savent aider leur fille sans accaparer l'enfant ; lorsque le géniteur décide de constituer un couple avec la jeune mère, qui découvre une meilleure raison de vivre parce que son bébé a su trouver les moyens de contribuer à son épanouissement* ».

La plupart des études⁴⁴ montrent une fréquence élevée de relations conflictuelles avec la famille, 5 % des jeunes mères seraient rejetées par leurs parents. En 1960, 15 % n'étaient pas mariées à la naissance de l'enfant. En 1980, ce chiffre est de 50 %. Nombreuses sont ces jeunes mères à se séparer du père de l'enfant dans les 2 ans.

La survenue d'une 2^{ème} grossesse dans un délai bref semble fréquente, GUILBERT et al. estiment que 20 % seront de nouveau enceintes dans les 18 mois, pour DAVIS, ce chiffre est de 36 % dans les 2 ans.

V-2-6. Des mères à risque de troubles psychopathologiques ?

Selon J-D. OSOFSKY et al.⁴⁵, les mères adolescentes ont un taux de dépression plus élevé que les mères plus âgées, estimé entre 47 et 63 %.

La mère déprimée peut prédisposer son nourrisson à un comportement « déprimé ».⁴⁶

Ils identifient également un sous-groupe particulier d'adolescents : en effet, une symptomatologie dépressive semble plus fréquente chez les jeunes adolescentes de race

⁴³ Lebovici S., « Gynécologues et problèmes psychologiques et psychopathologiques de l'adolescence », in *Encycl. Médico-Chirurgicale, Gynécologie*, 802-A-01, 1996, 4p.

⁴⁴ Janky E. et al. Op. cit. (33)

⁴⁵ Osofsky J-D. et al. Op. cit. (40)

⁴⁶ Ware L. M. Op. cit. (5)

noire, avec un niveau socio-économique peu élevé et dont les résultats scolaires sont médiocres.

V-3. Le devenir de l'enfant

V-3-1. Généralités

Entre 5 et 9 % des nouveau-nés sont abandonnés à la naissance, 40 % sont confiés à la DDASS (Direction Des Affaires Sanitaires et Sociales) dans les 3 à 4 premières années de leur vie⁴⁷.

V-3-2. Des enfants à risque de troubles psychopathologiques ?

Plusieurs études réalisées dans les années 70 et 80 retrouvaient une vulnérabilité psychologique et somatique chez ces enfants de mères adolescentes. *Pendant la petite enfance*, elles montraient l'existence d'insomnies, d'épisodes d'anorexie, un retard psychomoteur, des infections à répétition, des troubles du comportement avec des épisodes d'agitation. *A l'adolescence*, ces troubles seraient amplifiés (MARTIN, 1976, POUSSIN 1989).

L'étude de FURSTENBERG et al. de 1987⁴⁸, citée précédemment, qui s'est intéressée au suivi de 300 mères adolescentes et de leurs enfants, nuance ces constatations.

Elle montre que les jeunes mères qui vivaient, après la naissance de l'enfant, dans leur famille, étaient plus sujettes à poursuivre leur scolarité et à trouver un emploi. Les résultats de tests cognitifs des enfants de ce groupe, évalués 5 ans plus tard, étaient meilleurs. Ils manifestaient moins de troubles du comportement, moins de conduites antisociales que les enfants de mères adolescentes qui vivaient seules.

Les grands-parents maternels étaient un important soutien pour l'apprentissage de la parentalité.

Pour J-D. OSOFSKY et al.⁴⁹, les enfants de mères adolescentes sont des enfants à haut risque du point de vue psychosocial ; ceci s'explique du fait d'une plus grande fréquence de la pauvreté, dans un environnement parfois violent, avec un moins bon soutien sur le

⁴⁷ Janky E. et al. Op. cit. (33)

⁴⁸ Furstenberg F. F. et al. Op. cit. (41)

⁴⁹ Osofsky J-D. et al. Op. cit. (40)

plan émotionnel et social que des mères plus âgées. Les auteurs constatent que ces enfants sont souvent placés dans des centres spécialisés s'occupant d'enfants victimes de mauvais traitements et dans des services de santé mentale. Cette précarité sociale augmente les difficultés des jeunes mères à s'occuper de leur enfant et favoriserait la survenue de troubles du comportement chez ces derniers.

Ces mêmes auteurs ont montré, dans des précédents travaux (1988), que les enfants de mères déprimées sont plus exposés aux problèmes liés à la régulation des affects. En effet, ils présenteraient des émotions atténuées, « *subdued emotional expressions* », souffrant plus de dépression ou de comportements agressifs.

Les mères dépressives ont souvent un comportement incohérent avec leur enfant, tantôt elles montrent de la tristesse, de l'impuissance et très peu d'affect, tantôt de l'irritabilité et de la colère. L'enfant ressent l'absence de disponibilité à la fois émotionnelle et physique de sa mère, celle-ci ne peut être attentive à ses signaux.

Dans une étude de 1991, OSOFSKY et al. constatent que les *enfants âgés de 1 an qui ont une mère déprimée* présentent des affects réduits, manifestent moins d'émotions positives et pleurent moins. Ils réagissent ainsi à leur environnement défaillant par un retrait et une apathie.

Plusieurs études⁵⁰ montrent que, d'une façon générale, ces enfants auront plus de problèmes relationnels, seront plus susceptibles d'avoir une scolarité perturbée et une activité sexuelle précoce. Leur avenir est fonction essentiellement de l'environnement familial.

V-3-3. Des enfants à plus haut risque d'une sexualité précoce ?

L'étude de FURSTENBERG et al. de 1987 montre que les enfants de mères adolescentes, comparés à un groupe témoin d'enfants de mères plus âgées, ont une première expérience sexuelle précoce : en effet, 1/3 des *garçons* de ce groupe d'enfants de mères adolescentes ont eu leur première relation sexuelle à l'âge de 12 ans et 2/3 à 14 ans.

⁵⁰ Janky E. et al. Op. cit. (33)

Par contre, *les filles* des mères adolescentes ne reproduisent pas ce schéma, puisque seulement 17 % d'entre elles ont eu une première relation sexuelle à l'âge de 14 ans et 60 % à 16 ans.

En ce qui concerne l'emploi d'une méthode contraceptive, parmi les enfants de mères adolescentes qui ont une activité sexuelle, 72 % disent avoir utilisé un contraceptif lors de leurs dernières relations sexuelles, aussi bien les filles que les garçons de manière égale.

Les auteurs se sont intéressés à savoir *quelle influence ont les mères adolescentes sur les pratiques contraceptives de leurs enfants* : 93 % de ces mères disent avoir parlé à leurs enfants de ce sujet, et ces mères pensent dans une même proportion qu'il est souhaitable de parler à leurs enfants de contraception. Ces mères parlent de ce sujet d'une manière vague, peu explicite à leurs enfants. Il semblerait qu'elles aient été plus précises à ce sujet avec leurs *filles*, et elles auraient été nombreuses à insister sur le fait qu'elles ne voulaient pas que leurs filles répètent leur erreur.

Cette étude montre que 16 % des adolescents (de mères adolescentes) interviewés disent avoir été enceintes ou avoir été à l'origine d'une grossesse : cela concerne 26 % des *filles* et seulement 7 % des *garçons* (ce dernier chiffre concernant les garçons est probablement sous-estimé du fait de possibles non-connaissances d'une grossesse de leur partenaire).

V-3-4. Des enfants à plus haut risque d'échec scolaire ?

L'étude de FURSTENBERG et al. de 1987 sur le suivi de 300 mères adolescentes et de leurs enfants montre que 92 % des enfants de ces mères adolescentes étaient scolarisés 17 ans après (en 1984), mais 50 % avaient déjà redoublé au moins une fois une classe. Seulement ¼ des mères pensaient que le niveau scolaire de leur enfant se situait au-dessus de la moyenne et 61 % des enfants estimaient qu'ils étaient en difficulté.

Parmi tous les adolescents scolarisés, ceux qui ont redoublé une classe avaient plus de probabilité d'abandonner leur scolarité (12 % contre 5 % dans un groupe témoin d'adolescents), et moins de chance d'avoir été dans une classe préparatoire à l'université (10 % contre 45 %). Ces adolescents en échec scolaire présentaient des troubles du comportement : en effet, ceux qui avaient redoublé une classe avaient plus de probabilité d'avoir eu des problèmes disciplinaires (68 % contre 37 % dans un groupe témoin).

VI – Paroles d’adolescents et de professionnels

VI-1. Sur la sexualité

VI-1-1. Paroles d’adolescents

Dans un souci de clarté, nous avons classé par thèmes les questions et réflexions de ces adolescents, en fonction de la problématique adolescente à laquelle elles font référence, comme le questionnement par rapport à ce nouveau corps sexué, la question des relations d’objet à la puberté, celle du narcissisme.

Ces questions et réflexions d’adolescents sont issues de quatre sources :

- deux questionnaires ont été rédigés par des élèves de deux lycées professionnels du département de la Sarthe en vue d’une intervention de professionnels sur le thème de la sexualité (année 2005).
- D. STAGNARA a interviewé des élèves de collèges et lycées de l’année scolaire 97-98, les questions sont regroupées dans son ouvrage « *Aimer à l’adolescence. Ce que pensent et vivent les 13-18 ans* ».
- L’ouvrage dirigé par C. DOLTO intitulé « *Dico Ado, les mots de la vie* », adressé aux adolescents.

Voici des questions et des réflexions que nous pouvons entendre de la part d’adolescents au sujet de la sexualité. Nous entendons la sexualité au sens large du terme, c’est-à-dire qui ne se limite pas à l’activité sexuelle de l’adolescent.

Précisons que si des fautes d’orthographe ou d’expression apparaissent dans le texte, elles ont été retranscrites littéralement afin de rester fidèles aux paroles des adolescents.

Questions et réflexions qui convoquent la problématique du corps à l’adolescence :

- ✓ De quoi le sperme est-il composé ?
- ✓ Est-ce que c’est malsain d’avaler du sperme ?
- ✓ Est-ce que la sodomisation ça fait mal ?
- ✓ Comment remédier à l’éjaculation précoce ?

- ✓ Comment fait-on la première fois ? J'ai peur de me tromper
- ✓ J'ai 19 ans et je n'ai encore jamais eu de relations sexuelles, suis-je normale ?
- ✓ Peut-on pratiquer la branlette espagnole même si l'on a de petits seins ?
- ✓ J'ai un petit clitoris. Est-ce normal ou est-ce grave ? On me l'a déjà reproché.
- ✓ Je me masturbe régulièrement depuis l'âge de 14 ans, suis-je perverse ?
- ✓ Pour moi, une fille qui te tire une pipe est quelqu'un qui n'a ni fierté ni d'hygiène !
C'est vrai le bambou est un endroit du corps sale : je crois que c'est l'endroit où il y a le plus de microbe même si on prend sa douche quotidiennement. (18 ans)
- ✓ A quoi servent les films pornos ? A mieux savoir comment on fait l'amour ? (13 ans)
- ✓ Est-ce obligé, quand on sort avec un garçon, de toujours tripoter les fesses et les seins ? (13 ans)
- ✓ Moi, je voudrais aller au planning familial juste pour poser des questions. Je veux consulter une gynéco pour voir si je suis normale ; ça m'angoisse. Je veux être sûre que tout va bien, c'est tout et ça ne doit pas poser de problème (adolescente de 15 ans)
- ✓ C'est dur parce qu'il est super beau, super bien foutu, moi il va me voir toute moche avec mes grosses fesses. J'aurais du mal à me mettre nue devant lui, même s'il m'a dit que cela ne voulait rien dire pour lui. On parle de cul tout le temps, même si on ne couche pas ensemble (adolescente de 14 ans)

Toutes ces questions reflètent les inquiétudes des adolescents face à leur corps désormais pubère, sexué, devenu adulte. L'image du corps est une question centrale à l'adolescence, son acceptation par l'adolescent est déterminante pour le développement de son identité sexuelle et de son sentiment d'identité. Nous constatons à travers leurs doutes que cette nouvelle image corporelle est également perçue par les autres, et notamment par les pairs, ce qui revêt une grande importance aux yeux de l'adolescent.

La question de la normalité du corps apparaît également, tant sa normalité physique que fonctionnelle ; la culture de la différence effraie, c'est comme s'il fallait tout normaliser. Ainsi, nous constatons qu'ils expriment des inquiétudes à l'égard de leur normalité physique, « j'ai un petit clitoris », « Moi, je voudrais aller au planning familial [...] voir si je suis normale ; ça m'angoisse », mais également à l'égard de leur normalité psychique, « j'ai 19 ans et je n'ai encore jamais eu de relations sexuelles, suis-je

normale ? », « Est-ce obligé... ? ». Certains adolescents se sentent « forcés » d'avoir des relations sexuelles, afin de se conformer à des attentes extérieures à un moment de leur évolution où cela peut encore être très angoissant.

Ce besoin de « normalité » est très probablement le reflet de la libération sociale des mœurs, dans une société qui semble prôner une sexualité « normale », exigence sociale qui est source d'angoisse pour l'adolescent. Notre société de consommation fait *violence* aux adolescents, les questions telles qu' « est-ce obligé [...] de toujours tripoter les fesses et les seins ? », « à quoi servent les films pornos ? », montrent bien que tout se passe comme s'il n'existait pas de partage ni de sensualité entre les deux partenaires, nous ne sommes pas dans la relation à l'autre.

Ces questions sont essentiellement narcissiques : « la peur de se tromper », c'est la peur de mal faire, comme si tout le monde devait faire pareil ; c'est comme s'il fallait reproduire ce que l'on a vu, avec la question autour du *savoir*, « A quoi servent les films pornos ? A mieux savoir comment on fait l'amour ? ». Les angoisses par rapport à la masturbation renvoient à la question de la normalité, il s'agit là aussi d'une relation narcissique, « de soi à soi » ; ce plaisir « solitaire » va permettre l'élaboration d'un scénario amoureux et facilitera l'intégration de l'image du corps sexué adulte.

Au regard de ces questions d'adolescents, il nous semble que parfois la sexualité n'est pas au service de la relation amoureuse, dans certains cas elle n'a pas de valeur communicationnelle. Nous reviendrons sur ce point dans la partie consacrée aux « Paroles de professionnels » sur la sexualité à l'adolescence, en confrontant notre point de vue avec celui de W. PASINI.

Questions et réflexions qui convoquent *la relation à l'autre* :

- ✓ L'amour basé sur une relation sexuelle vers 16-18 ans, est-ce normal ?
- ✓ Est-ce qu'à notre âge les pulsions homosexuelles sont normales ? (16 ans)
- ✓ J'ai une attirance pour quelqu'un de même sexe que moi alors que j'ai un copain, suis-je « bi » ?
- ✓ Moi, j'avais une copine qui faisait du théâtre et qui sortait avec une fille. Elle l'assumait complètement, elle lui tenait la main dans la rue. En même temps,

c'était peut-être un peu d'exhibition : « Regardez, j'assume ma différence. » Elle ne s'en vantait pas spécialement, ça devait être de vrais sentiments (15 ans)

- ✓ Qui a le plus de sentiment l'un envers l'autre dans un couple ? La fille ou le garçon ? (17 ans)
- ✓ Un adolescent de 17 ans est-il trop jeune pour envisager une relation de couple sérieuse ?
- ✓ Comment faire pour bien distinguer l'amour de l'amitié ? Je suppose qu'il n'y a pas de recette miracle mais j'aimerais bien votre avis là-dessus ? (17 ans)
- ✓ C'est à la fois une question et une remarque. Pourquoi lorsqu'on sort avec un garçon depuis 1 mois ou 2, peu importe la durée, lorsqu'il casse on croit que le monde s'effondre ? Certaines veulent faire une TS. Il y a pourtant des tas d'autres mecs mais c'est lui qu'on voulait et c'est lui qui nous lâche (14 ans)
- ✓ Pourquoi les ruptures d'amour sont elles si insupportables pour les adolescentes ?
- ✓ Pourquoi devrait-on tous se ressembler ?

Ces questionnements renvoient plus ici à la relation à l'autre, à une relation d'objet, l'objet vers lequel se dirige la pulsion amoureuse (libidinale).

A l'adolescence apparaissent de nouveaux enjeux liés à la relation à l'autre. Ainsi, la relation à l'autre se modifie à la puberté, nous passons d'une relation d'objet narcissique à une véritable relation d'objet. Deux temps caractérisent cette nouvelle relation d'objet : un premier temps que nous qualifions de temps « *homo* », la recherche à ce moment-là d'un étayage auprès d'un *alter ego*, d'un *double narcissique* ; puis, un deuxième temps « *hétéro* », c'est la relation d'amour entre deux personnes (de sexe opposé le plus souvent), la nécessaire acceptation et reconnaissance de soi-même et de l'autre.

Ces deux temps étayent la construction de l'identité sexuelle de l'adolescent, conduisant à la constitution d'une identité sexuelle définitive.

Nous retrouvons ce premier temps dans les questions telles que « est-ce qu'à notre âge les pulsions homosexuelles sont normales ? », « j'ai une attirance pour quelqu'un de même sexe que moi [...] suis-je « bi ? » », « pourquoi devrait-on tous se ressembler ? », cette dernière question témoigne de la nécessité de s'identifier à un groupe de pairs, à la bande. Le deuxième temps de la quête objectale est illustré par des questions telles

qu'« un adolescent de 17 ans est-il trop jeune pour envisager une relation de couple sérieuse ? », « qui a le plus de sentiment l'un envers l'autre dans un couple... ? ».

Questions et réflexions qui convoquent *le sentiment d'identité, les identifications, le narcissisme* :

- ✓ Pourquoi l'adolescent a-t-il du mal à se supporter, à s'identifier, pourquoi est-il mal dans sa peau ?
- ✓ Pourquoi l'ado a-t-il du mal à supporter les autres ?
- ✓ Est-ce normal de se sentir rejeté par tout le monde ?
- ✓ Pourquoi est-on insatisfait de soi ?
- ✓ On a besoin des parents, on va pas aller vivre dans les rues, trouver un travail, c'est impossible, en plus on n'a pas le droit ; de toute façon, on n'est pas assez mûr, on peut pas affronter la vie à 14 ans (adolescent de 14 ans)
- ✓ Pourquoi avons-nous envie de devenir adulte du jour au lendemain ?

Ceci renvoie au flottement identitaire, qui constitue un des enjeux de l'adolescence. Ces questionnements nous évoquent le deuil à faire par l'adolescent de la toute-puissance de l'enfance, le deuil de ce que nous appelons la bisexualité psychique : nous ne sommes que homme ou femme. C'est la reconnaissance de notre finitude et de notre incomplétude. Nous constatons également, à travers la réflexion d'un adolescent sur « le besoin des parents », la nécessité à l'adolescence de s'identifier à ses parents, malgré *le paradoxe* pour l'adolescent de devoir se détacher du corps de ses parents du fait de la sexuation de son corps et de la menace incestueuse devenue dorénavant possible.

Toutes ces questions et réflexions d'adolescents sur la sexualité montrent, *qu'au début de la puberté*, le réel du corps et le percept sont importants, avec le besoin de « normalité ». Puis, *peu à peu*, le passage par l'autre prend place, l'adolescent a besoin de ce regard tiers pour pouvoir se regarder soi-même ; ce regard tiers peut être dans un premier temps du même sexe.

VI-1-2. Paroles de professionnels

Eléments de lecture sociologique de ces paroles :

Il y a beaucoup d'idées reçues, de préjugés qui circulent encore sur la sexualité des adolescents. Elle serait pensée comme intense, désordonnée et de plus en plus précoce. Nous avons vu précédemment que la sexualité des adolescents a, en fait, un profil de « *monogamie en série* » et que l'âge du premier rapport sexuel se situe à 17 ans.

Une enquête réalisée pour les magazines *L'Express* et *Science et Vie junior*, en novembre 2000, montre que les adolescents d'aujourd'hui sont aussi sentimentaux que ceux des générations précédentes, qu'ils attendent d'être « prêts » avant de passer à l'acte. Lorsqu'ils sortent avec quelqu'un de l'autre sexe (ou, plus rarement, du même sexe), cela signifie avant tout « être avec » et pas obligatoirement « faire l'amour avec ». Ils aiment être entre amis, faire des projets, acquérir une confiance en eux. La libération sexuelle est un discours « *has been* », les comportements sexuels sont plus raisonnables que ne l'imaginent les adultes. La précocité pubertaire n'est pas synonyme de précocité sexuelle.

La difficulté qui apparaît vis-à-vis des conduites sexuelles adolescentes est qu'elles ne sont en fait, ni interdites (la majorité sexuelle est établie à 15 ans), ni franchement autorisées. Les parents conseillent le plus souvent de différer le premier rapport sexuel de leurs enfants.

Cependant, la pression sociale est forte à la survenue de rapports sexuels rapides, venant de la publicité et des médias. Il semble donc « normal » pour un adolescent de s'engager sexuellement à partir du moment où il en est capable physiquement⁵¹.

Nous pouvons nous poser la question de comment la connaissance sexuelle vient aux adolescents. Elle ne vient ni de la famille, ni de l'école, malgré l'existence de la circulaire Fontanet de 1973 introduisant l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires. La connaissance sexuelle vient des pairs et des médias, et de plus en plus

⁵¹ Fize M., *Les Adolescents*, Ed. Le cavalier bleu, Collec. Idées Reçues, 123p., et plus particulièrement les p79-84.

précocement. Souvent les adolescents sont confrontés à une sexualité agressive (films pornographiques par exemple), respectant peu la dignité de la femme, et ayant parfois envie de reproduire ce qu'ils ont vu. De ce fait, nous voyons avec une particulière fréquence des demandes, banales dans leur esprit, de fellation et même de sodomie, parfois à de jeunes camarades.

Pour le sociologue M. FIZE, la véritable libération sexuelle de cette génération est avant tout sémantique. Les enfants ont assez tôt une connaissance des mots qui disent la sexualité, parlant de sexe de manière assez crue, sans avoir encore de réelles connaissances sur les mécanismes physiologiques. Il ajoute, « *voir n'est pas savoir, entendre n'est pas comprendre* ».

Que recherchent les adolescents chez leur partenaire ? *Les garçons* seraient sensibles, selon cet ordre, à : la beauté, la gentillesse, la confiance, l'intelligence. *Les filles* attacheraient plus d'importance à la gentillesse, la confiance et l'humour.

M. FIZE énonce, au sujet de la première sexualité adolescente, qu'elle est « *plus spontanée que préméditée. Plus balbutiante que sûre d'elle-même. Les mœurs peuvent évoluer, les tabous reculer, il faut toujours du temps pour acquérir l'expérience nécessaire à l'épanouissement de la relation.* »

Eléments de lecture psychodynamique de ces paroles :

W. PASINI⁵² s'interroge sur les fonctions de la sexualité adolescente « *au-delà de ses finalités érotiques et procréatives* ». Il les désigne sous l'appellation de « *fonctions non sexuelles du sexe* ».

Il s'agit pour lui, en premier lieu, de « *fonctions thérapeutiques* », la sexualité visant ainsi à lutter contre les angoisses des adolescents. L'activité du corps également a cette finalité de drainer, le sport permet des vérifications narcissiques qui peut aller dans le sens d'une sublimation de la sexualité. Parfois, la sexualité a une « *fonction de socialisation* », utilisée comme un rituel initiatique, marquant ainsi le passage à l'âge

⁵² Pasini W., « Les fonctions non sexuelles de la sexualité adolescente », in *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p33-39.

adulte. Dans ce cas, la sexualité peut être « subie », afin de « faire comme les autres ». Existe également, pour l'auteur, la « *fonction communicationnelle* » de la sexualité, « les jeunes font l'amour pour pouvoir communiquer » ; le corps et la sexualité prennent alors une valeur communicationnelle devant l'impossibilité d'utiliser des échanges verbaux ou écrits.

Nous nous interrogeons sur cette « *valeur communicationnelle* » de la sexualité énoncée par W. PASINI lors d'échec de la communication verbale. En effet, il nous semble plutôt, dans ce cas, que la sexualité vient, au contraire, en lieu et place d'une communication impossible, comme pour colmater une brèche. Il s'agirait alors peut-être plus d'un élément pathologique, que d'une valeur de communication au sens d'une relation d'objet. Il semble que ce soit plus une faille narcissique à réparer qu'un mouvement vers l'autre, dans ce cas.

Pour PASINI, la sexualité peut aussi revêtir une « *fonction de vérification de son identité* », des questions telles que « qui suis-je ? », « suis-je homme, suis-je femme ? » se posent en priorité à l'adolescence, d'autant plus que de nos jours les rôles sociaux masculins/féminins sont flous. La sexualité aussi comme « *défi générationnel* », notamment depuis mai 1968. Une fonction inquiétante de la sexualité est celle qui a valeur de « *demande d'aide* ».

I. NISAND⁵³ (Professeur de Gynécologie-Obstétrique à l'hôpital de Strasbourg) partage le point de vue de W. PASINI sur la « *fonction communicationnelle* » de la sexualité à l'adolescence, en énonçant « *la sexualité, c'est du langage* ».

Citons, pour conclure, B. BETTELHEIM, psychiatre américain : « *Les adolescents ne sont pas éduqués par des adultes s'ils ont déjà eu des expériences sexuelles. A partir du moment où un adolescent commence sa vie sexuelle, ni ses parents ni ses professeurs ne peuvent l'éduquer [...] il n'est plus éduqué. Lui, par contre, peut continuer à s'éduquer s'il le souhaite.* »

⁵³ Nisand I., « Ta sexualité, c'est perso », extrait de l'ouvrage *Dico Ado, les mots de la vie*, sous la direction de C. DOLTO, Ed. Gallimard Jeunesse, 2001, 500p.

VI-2. Sur la contraception

VI-2-1. Paroles d'adolescents

Voici un exemple de questions et de réflexions que nous pouvons entendre de la part d'adolescents sur la contraception :

- ✓ A partir de quel âge peut-on se faire poser un implant ? Quels sont les risques ?
- ✓ Quels sont les différents moyens de contraception ?
- ✓ Le stérilet se garde-t-il à vie ou faut-il le changer ?
- ✓ Est-ce sain d'arrêter la pilule si je n'ai plus de rapport sexuel pendant un moment et la reprendre après ?
- ✓ Comment imposer le préservatif sans couper le désir et plaisir sexuel de chacun ?
- ✓ Y a-t-il beaucoup de jeunes filles qui prennent la pilule du lendemain ?
- ✓ Pourquoi les préservatifs sont-ils payants alors que le SIDA est un fléau ?
- ✓ Quand on fait l'amour, doit-on obligatoirement prendre la pilule si le garçon prend le préservatif ? (13 ans)
- ✓ Pour avoir des enfants il faut pas de préservatif ni de pilule, pourtant certaines personnes, en prenant la pilule, tombent enceintes, pourquoi cela ? (14 ans)
- ✓ Existe-t-il des pilules après le rapport ? Si nous avons un rapport combien de temps j'ai pour prendre la pilule ? (14 ans)
- ✓ Si on fait l'amour pendant longtemps, faut-il mettre plusieurs préservatifs ? Combien de temps la protection est efficace ? (15 ans)
- ✓ Il faut faire attention, on ne peut pas toujours compter sur les autres. La pilule du lendemain, c'est bien gentil, mais tu ne vas pas la prendre tous les lendemains. (15 ans)

VI-2-2. Paroles de professionnels

L'adolescente qui débute sa vie sexuelle est face à deux contraintes : prévenir une grossesse par la pilule et prévenir les M.S.T. par le préservatif, pouvant engendrer une double résistance⁵⁴. La 1^{ère} consultation de contraception est souvent angoissante pour l'adolescente : en effet, le premier examen gynécologique, les questions posées sur son

⁵⁴ Uzan M. Op. cit. (26)

activité sexuelle induisent une gêne chez la jeune fille. L'entretien, plus qu'un interrogatoire, doit mettre en confiance l'adolescente. Il évalue les facteurs de risques tels que le tabagisme, les antécédents familiaux, le risque de M.S.T..

Pour M. UZAN, la contraception d'urgence doit être expliquée lors de cette 1^{ère} demande de contraception.

Ce qui apparaît important pour l'adolescente, c'est la bonne tolérance de sa contraception, en tenant compte à la fois de son schéma corporel et psychologique : « *ce qui est essentiel pour le médecin, c'est de tenir compte de ce qui est essentiel pour l'adolescente* »⁵⁵. A chaque adolescente, sa contraception.

Plusieurs facteurs font que, chez l'adolescente, l'utilisation d'une méthode contraceptive semble plus aléatoire⁵⁶ : son impossibilité à planifier les rapports ou à en prévoir les conséquences, le désir de prendre des risques, le sentiment d'invulnérabilité qui caractérisent l'adolescence semblent incompatibles avec un comportement contraceptif raisonné.

La non ou mauvaise utilisation de contraception n'est pas rare, la grossesse venant révéler la sexualité de manière « outrageuse » aux parents.⁵⁷

Pour D. DUPREZ⁵⁸, « *tout projet contraceptif est [...] une contre-acception de soi-même* », puisqu'en prenant une contraception, l'adolescente est privée de sa spontanéité, de la preuve de sa fertilité et de la « pensée magique » de son invulnérabilité. Dans ces conditions, il apparaît nécessaire d'adapter la contraception au vécu affectif et sexuel de l'adolescent, sans chercher à trop directement l'associer à la prévention de risques graves.

Lorsque l'on propose une méthode contraceptive à une femme, par cet acte, on lui signifie bien qu'elle est dans la capacité de procréer. On prive ainsi fantasmatiquement

⁵⁵ Serfaty D., « Contraception des adolescentes », in *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot - Paris 2003, p21-34.

⁵⁶ Stalberg A., Campana A., « IVG – Contraception. Expérience genevoise », in *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p77-80.

⁵⁷ Athea N., « La grossesse comme facteur de violences à l'adolescence », in *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} Colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p53-63.

⁵⁸ Duprez D., « Attitude des adolescents devant la sexualité », in *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p51-56.

l'adolescente des possibilités d'affirmer son identité, sa féminité, son autonomie par rapport à ses parents et d'accéder au monde adulte. Pour Y. DECHRISTE, « *la contraception renvoie à un fantasme de grossesse* ». ⁵⁹

VI-3. Sur la grossesse

VI-3-1. Paroles d'adolescents

Voici un exemple de questions et de réflexions d'adolescents sur la grossesse :

- ✓ Comment faire si l'on tombe enceinte et qu'on ne veut pas le dire à nos parents ?
- ✓ Si on tombe enceinte alors qu'on est mineure, quels droits nos parents ont sur l'enfant ? Si on veut le garder, peuvent-ils nous obliger à avorter ? (16 ans)
- ✓ Comment faire le bon choix quand on est enceinte et qu'on ne s'y attendait pas ? Surtout si on est encore mineure ou qu'on a moins de 20 ans ? Avorter ou devenir mère ? (18 ans)

VI-3-2. Paroles de professionnels

H. DEUTSCH⁶⁰ s'est intéressée aux filles-mères dans son traité sur la psychologie des femmes, dans le tome consacré à la maternité. Pour elle, il existe une certaine immaturité psycho-affective dans les maternités adolescentes : « *Les nombreux cas que j'ai observé ont toujours montré une faiblesse du Moi, qui le rendait incapable de résister à de puissants dangers psychiques autrement que par une projection de ces dangers dans le monde extérieur. Lorsqu'une telle femme sans maturité demande un enfant, ce n'est souvent qu'une enfant qui demande une mère* ».

L'auteur voit également, dans la relation sexuelle, le besoin de tendresse d'adolescentes peu aimées, « *elles prennent pour de la tendresse la convoitise sexuelle de l'homme, et leur propre besoin de tendresse crée en elles une aptitude à la maternité.* »

⁵⁹ Dechrisme Y., Danion-Grilliat A., « Sexualité de l'adolescente », in *Annales de Psychiatrie*, 1998, 13, n°2, p151-156.

⁶⁰ Deutsch H., « Les filles-mères », in *La psychologie des femmes*, tome II, Maternité, 1^{ère} Ed. PUF 1949, Ed. Quadriga 1987, p289-338.

S. LEOVICI a écrit au sujet des maternités à l'adolescence : « *Leur grossesse a été prématurée comme leur vie. Elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères.* »

W. PASINI⁶¹ a constaté qu'une partie de la population générale utilise la contraception de manière inadéquate, du fait de l'ambivalence du désir et du refus de grossesse chez toute femme. Il dira au sujet de la survenue d'une grossesse à l'adolescence : « *Ainsi on pourra mieux comprendre l'adolescente, qui prend des risques insensés tout en étant raisonnable et organisée dans le reste de sa vie, si on tient compte des doutes qu'elle a sur sa fertilité à ce moment particulier qu'est l'adolescence lorsque la jeune fille est déjà femme physiologiquement sans qu'elle puisse se le confirmer par des expériences sexuelles et parfois par la maternité. On peut dire que la grossesse devient un indice de « normalité », le symbole d'une féminité déjà actuelle.* »

A partir d'une expérience de plusieurs années dans un centre maternel pour mères célibataires mineures, O. PAJOT rejoint les constatations de W. PASINI sur la survenue d'une grossesse chez ces jeunes filles comme pouvant être un signe de « normalité » : « *Même s'il n'est pas attendu, l'enfant est déclaré accepté ou avoir été désiré. [...] Pour beaucoup d'entre elles issues de milieux défavorisés et venant d'institutions successives où elles furent placées depuis leur plus jeune âge, la maternité est vécue comme un retour à une « normalité », un moyen de rompre leur destin précisément au moment où leur état les place dans la répétition vis-à-vis d'une société qui considère cette maternité précoce comme une marginalité.* »⁶²

N. ATHEA⁶³ dénonce la violence des mots que les médias, les professionnels utilisent dans les publications face à une grossesse adolescente. Par exemple, le désir de grossesse est souvent dénié aux adolescentes, cette grossesse étant alors assimilée à un « échec contraceptif ». Elle est réduite à un « risque » qui n'a pu être évité. On parle aussi de « récurrence » pour les grossesses suivantes, « d'épidémie de grossesse » même. La grossesse étant perçue comme une maladie...sexuellement transmissible. L'auteur s'interroge sur la notion de prévention : « *Est-ce venir avant ou prévenir contre ?[...] La prévention, ce n'est pas occulter un désir existant, mais permettre à ce désir de*

⁶¹ Pasini W., « L'enfant imaginaire », in *Désir d'enfant, refus d'enfant*, Ed. Stock Pernoud 1980, p117-123.

⁶² Pajot O., « L'a-maternité adolescente », in *Adolescence*, 1984, 2, 2, p377-382.

⁶³ Athea N. Op. cit. (57)

s'exprimer, ce qui pourrait peut-être éviter certains passages à l'acte qui ne sont que « façons de dire », et conforter ces adolescentes dans leurs sentiments de responsabilités parentales ».

La grossesse fait toujours violence à *une femme*, c'est une expérience qui traverse le corps, une expérience à la fois de maîtrise et de non-pouvoir, une expérience d'étrangeté du corps et de plénitude. Cette violence atteint son paroxysme au moment de *l'adolescence* de par la propre crise identitaire de cette période de la vie. La grossesse confronte *toute femme* à son ambivalence, redoublée chez *la jeune fille* par la culpabilité d'avoir transgressé un interdit. Cette ambivalence des sentiments lors d'une grossesse viendra bien-sûr compliquer la difficulté du choix de son devenir, la poursuivre ou l'interrompre.

Pour conclure cette partie, citons M. TITRAN⁶⁴ (pédiatre, directeur du CAMPS à Roubaix) au sujet de la grossesse chez l'adolescente : *« On parle beaucoup d'angoisses, de soucis et de problèmes que ces jeunes femmes ont, mais en fait, c'est à peu près les mêmes problèmes que n'importe quelle maman qui porte un enfant, sauf si on rajoute aux problèmes de cette maman les problèmes des professionnels qui la rencontrent, et donc, il s'agit [...] de raffermir les professionnels sur leurs hésitations, et essayer de leur faire prendre conscience que dans ces circonstances ils sont capables de permettre à cette maman de faire naître un bébé à terme, vivant et en bonne santé. [...] Il est absolument nécessaire de confirmer cette maman dans l'idée qu'elle est la meilleure des mamans possibles pour ce bébé ».*

VI-4. Sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (L'I.V.G.)

VI-4-1. Paroles d'adolescents

Exemples de questions et de réflexions d'adolescents sur l'I.V.G. :

- ✓ Si on a des rapports sexuels et si personne ne prend des précautions, si on est enceinte, comment l'annoncer ? Faut-il se faire avorter ? Comment sans que les parents le sachent ? (11 ans)

⁶⁴ Titran M., "Accompagnement des mères les plus démunies", in *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p135-137.

- ✓ Comment fait-on pour avorter ? A quoi ça sert ? (13 ans)
- ✓ A-t-on le droit d'avorter si on tombe enceinte à 14 ans ? (14 ans)
- ✓ Quelles sont les démarches à faire quand on pense être enceinte et qu'on est mineure ? Au bout de combien de temps l'avortement est interdit ? (17 ans)
- ✓ Comment avorter sans aller à l'hôpital ?
- ✓ Comment avorter sans payer ?
- ✓ Des filles peuvent se retrouver enceintes, avorter et tout, des trucs graves quand même qui vont changer toute leur vie, tout ça parce qu'elles n'en ont pas assez parlé. Pour les adultes, on ne vit pas des choses sincères. Je connais une fille de 16 ans qui s'est fait avorter l'année dernière. (14 ans)

VI-4-2. Paroles de professionnels

A l'adolescence, la décision d'interrompre ou de poursuivre une grossesse est encore plus difficile du fait des nombreuses pressions exercées par l'entourage de ces jeunes filles, diminuant considérablement leur liberté de choix. La fréquence des grossesses ultérieures signe l'intensité de leur désir de grossesse et parfois même de leur désir d'enfant.

Il n'est pas rare que les parents de l'adolescente, après l'annonce de la grossesse, conduisent celle-ci à l'I.V.G., sans autre choix possible, comme pour effacer le plus rapidement cette grossesse. Cette attitude parentale est souvent hélas renforcée par celle des médecins ; mais, comme le constate N. ATHEA, « à ne pas faire réfléchir l'adolescente sur sa grossesse, sur son choix, souvent douloureux, on nie son désir, on nie sa responsabilité, on ôte tout sens à l'IVG, on lui enlève la possibilité de faire de cette expérience une expérience maturante. [...] On empêche à cet acte de prendre sa valeur initiatique. [...] Les décisions d'IVG me paraissent souvent plus douloureuses pour une adolescente que pour une femme adulte, ce dont témoignent les propos violents que les jeunes ont sur l'IVG : elles parlent de crime, de meurtre d'enfant.[...] Elles parlent aussi de leurs craintes de stérilité ultérieure, car si projet d'IVG il y a, ce n'est

pas de projet de non-maternité dont il s'agit, mais bien de projet de grossesse et d'enfant différés. »⁶⁵

Très souvent, ces interruptions suivent la logique familiale et sociale de l'interdit de maternité précoce.

Les deux moyens techniques d'interruption de grossesse suscitent chacun des fantasmes qui leur sont propres, souvent teintés d'angoisses très archaïques. Ainsi, l'interruption *chirurgicale* de grossesse⁶⁶ peut entraîner des angoisses de castration et de stérilité chez les jeunes filles. L'interruption *médicamenteuse* de grossesse peut, quant à elle, engendrer la survenue de fantasmes de dévoration, de destruction interne du corps.

Pour N. ATHEA, l'interruption chirurgicale de grossesse chez l'adolescente devrait être réalisée sous anesthésie locale ; ainsi, la confrontation à la réalité permettrait peut-être de limiter les errements fantasmatiques et de diminuer la culpabilité fréquente de ces jeunes filles, puisque souvent elles imaginent l'I.V.G. comme la mort d'un bébé réel et achevé qu'elles tuent.

Les conséquences psychologiques de l'I.V.G. sont importantes à prendre en compte, il faut savoir ne pas les négliger et toujours les rechercher.

Il s'agit de la survenue, à *court terme*, de manifestations anxieuses et de réactions de deuil, avec, à *plus long terme*, des troubles de l'identité féminine.

Après une interruption volontaire de grossesse, *deux types d'évolution* peuvent se voir : *Lorsque l'évolution est favorable*, le processus de deuil à la suite d'une interruption de grossesse chez l'adolescente peut transformer la perte de l'enfant en un processus concret du travail de deuil à l'adolescence ; la demande d'I.V.G. a pour but une mise à distance de la mère, ainsi que l'entrée dans le monde sexué de l'adulte. Ainsi, l'I.V.G. serait une crise maturative, devenir adulte, se détacher des identifications à la mère. L'adolescente s'autorise à l'indépendance. Cette interruption de grossesse symboliserait alors l'abandon de la partie infantile qui est en soi, par identification au fœtus que l'on abandonne ; le travail de deuil de l'enfant qui ne naîtra pas peut faire le travail de deuil des attachements parentaux de l'enfance, passage de l'adolescence à la vie adulte, le rituel de préparation à l'I.V.G. serait comme un « *rite d'initiation pubertaire* ». Mais,

⁶⁵ Athea N. Op. cit. (57)

⁶⁶ Pawlak C. , « Interruption volontaire de grossesse », in *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio, Ed. PUF 2000, p370-371.

pour cela, il faut faire émerger du sens à la demande d'I.V.G., à travers l'écoute de l'adolescente par les différents professionnels. Il faut également un milieu familial étayant, soutenant, avec de bonnes interactions familiales.

Parfois l'évolution peut être plus sombre, le processus d'adolescence se trouve entravé, une symptomatologie dépressive apparaît liée à une identification à l'objet perdu, détruit, marqué d'une intense culpabilité. Ce dernier cas de figure doit nous rendre vigilants quant à la survenue de passages à l'acte suicidaire, notamment à la date anniversaire de l'interruption de grossesse ou à la date du terme présumé de la grossesse interrompue. Ainsi, ces I.V.G. peuvent être de véritables équivalents suicidaires ou peuvent conduire à des tentatives de suicide commémoratives, témoignant de la douleur, du deuil impossible et du manque. Souvent ces jeunes filles ont un passé familial, scolaire et affectif « chargé », l'avortement n'ira pas vers un but de changement, il prendra la valeur de « formation symptomatique, obstacles ou arrêts dans le processus d'adolescence ». Il existe un taux élevé d'avortements à répétition dans ce groupe d'adolescentes⁶⁷.

⁶⁷ Braconnier A., « Les rites d'initiation à l'adolescence. Point de vue psychologique et psychopathologique », in *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1983, 31 (8-9), p383-384.

DEUXIEME PARTIE : PSYCHOPATHOLOGIE

Introduction

Cette deuxième partie a pour souhait de mettre en lumière les différents enjeux du développement psychosexuel et psycho-affectif de l'être humain, de sa conception jusqu'à son entrée dans l'âge adulte.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux enjeux des interactions précoces entre le bébé et sa mère, puis plus particulièrement avec le nourrisson fille. *Puis, dans un deuxième temps*, nous envisagerons les enjeux de la période oedipienne et de la période de latence. Nous nous intéresserons *dans un troisième temps* aux enjeux de la puberté chez l'adolescent et chez l'adolescente, puis, chez les parents et chez la mère de l'adolescente. *Dans un quatrième temps*, nous aborderons les enjeux de la maternité chez toute femme, puis, chez l'adolescente, pour terminer sur les enjeux de cette maternité chez la mère de la jeune fille.

Pourquoi ce rappel au sujet du développement psychosexuel du nourrisson fille à l'adolescente, en passant par la fillette, et sur les enjeux de chaque période de la vie vis-à-vis de sa mère, sont-ils nécessaires ?

Il s'agit bien de saisir, dans ce travail, les enjeux de la grossesse à l'adolescence. Que vient-elle convoquer cette grossesse ?

Plusieurs points : cette grossesse vient convoquer le vécu de l'adolescente en tant qu'enfant qu'elle a été, avec la trace laissée chez sa mère du maternage qu'elle a elle-même reçu. Nous nous posons la question de savoir quelle trace cette adolescente a de son propre roman familial et quelle place elle occupe dans le désir parental. Comment s'originent son désir de grossesse et son désir d'enfant ? Se pose également la question de la reconnaissance de sa féminité par sa mère, de la reconnaissance de son changement de statut à la puberté (passage du statut d'enfant à celui de femme). Cette reconnaissance par leur mère a-t-elle eu lieu pour ces adolescentes enceintes ? Quelle

place vient occuper le bébé de ces jeunes filles ? Est-il la mère adolescente ? Est-il le bébé de la mère de l'adolescente, ou au contraire, s'inscrit-il dans un enchaînement des générations ?

Tous ces questionnements s'originent dans le développement psychosexuel et psycho-affectif de ces jeunes filles, que nous nous proposons d'exposer.

A - LES ENJEUX DES INTERACTIONS PRECOCES : LE BEBE ET SA MERE

I - Les enjeux des interactions précoces du côté du bébé

I-1. De l'auto-érotisme au narcissisme

Le développement de l'être humain peut être appréhendé selon *deux axes, un axe objectal, pulsionnel et un axe de l'autonomie*, avec la construction de l'identité, de la différence, l'axe du *narcissisme*.

Le premier axe implique les relations que maintient le sujet avec ses objets d'investissement, par l'intermédiaire de zones érogènes, des intériorisations, étant à l'origine des mouvements auto-érotiques et des identifications.

Le second axe est celui par lequel le sujet va acquérir son autonomie, construire son identité, c'est l'axe du narcissisme.

Ces deux axes sont corrélés, le bon développement du premier assure le bon déroulement du second.

Nous sommes face à un paradoxe, celui selon lequel « *le sujet n'est jamais autant lui-même que lorsqu'il s'est abondamment nourri des objets sans qu'il ait à réaliser les parts respectives de ce qui lui revient et de ce qui appartient à l'objet. C'est tout le paradoxe de l'aire transitionnelle de Winnicott* ». ⁶⁸ Nous y reviendrons un peu plus loin dans ce travail.

⁶⁸ Jeammet P. , « Les destins de la dépendance à l'adolescence », in *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1990, 38 (4-5), p190-199.

I-1-1. Etayage du narcissisme par l'auto-érotisme

S. FREUD⁶⁹ reprend le terme d'auto-érotisme dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle*, en prenant pour exemple la tétée du sein maternel. Il montre la nature érotique de cette activité, au-delà du besoin de nutrition, modèle des manifestations de la sexualité infantile. La notion alors d'une forme de plaisir apparaît, la sexualité, qui se détache du besoin initial.

Il regroupe ainsi l'ensemble de la sexualité infantile dans la notion d'auto-érotisme, pour l'opposer à l'activité adulte qui implique un choix d'objet.

Cette activité est caractérisée par le fait que « *la pulsion n'est pas dirigée vers d'autres personnes ; elle se satisfait dans le corps propre de l'individu, elle est autoérotique* ».

A propos du suçotement, il écrit : « *l'acte de l'enfant qui suçote est déterminé par la recherche d'un plaisir déjà vécu et désormais remémoré* ». En effet, l'auto-érotisme est un réinvestissement des traces mnésiques de la satisfaction antérieure, indépendamment du besoin initial. La sexualité et les pulsions d'auto-conservation prennent deux chemins différents.

P. JEAMMET insiste sur la présence de l'objet dès l'origine de l'auto-érotisme, non pas sous la forme d'une représentation mentale, même d'un objet partiel, mais par l'adéquation de la réponse de l'objet aux besoins du nourrisson, par la qualité de la satisfaction obtenue. Il cite J. LAPLANCHE, « *ce qui est « halluciné », ce sont des signes accompagnant la satisfaction, et non pas l'objet de la satisfaction.* »⁷⁰

La trace de l'objet conditionne la qualité du fonctionnement auto-érotique. Ainsi, ce fonctionnement n'est pas le seul fait des zones érogènes, bien que nous savons l'importance de ces zones érogènes dans les expériences de plaisir et de déplaisir, zones qui sont tour à tour investies lors de l'évolution libidinale de l'enfant (stade oral, anal, urétral ou phallique). La nature de la relation avec l'objet donne à son tour une qualité particulière au fonctionnement auto-érotique.

L'enfant va intérioriser cette relation avec son objet. C'est grâce à cette *intériorisation* qu'il va pouvoir supporter l'attente, être *indépendant* de la présence de l'objet extérieur, constituant alors les précurseurs d'une représentation de l'objet.

⁶⁹ Freud S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Ed. Gallimard, Coll. Folio essais, Paris, 1987, 211p.

⁷⁰ Jeammet P. Op. cit. (68)

Ce fonctionnement auto-érotique est, au départ, une forme de plaisir qui est *dépendante* des pulsions d'auto-conservation (telles que la faim). A ce moment-là, l'enfant est totalement dépendant des soins de sa mère, il est impuissant ; son narcissisme est comme « vidé ».

Puis, peu à peu, cette forme de plaisir va devenir *indépendante* du besoin initial, l'enfant retrouvera, par ces activités auto-érotiques, la trace d'un plaisir antérieur. C'est un *plaisir, une sexualité infantile qui est non génitale*, qui repose sur une activité fantasmatique intense dont le support est représenté par les différentes zones érogènes de l'enfant (la bouche, la peau, l'anus, l'urètre), selon le stade de son évolution libidinale (les stades pré-génitaux). Le narcissisme de l'enfant se voit alors valorisé par ce fonctionnement auto-érotique, fantasmatique, par la toute-puissance de sa pensée.

Ainsi⁷¹, le nourrisson va rencontrer très tôt les expériences de plaisir et de frustration du fait de sa grande dépendance à sa mère dans les premiers mois de sa vie. Il y fera face grâce à son importante activité fantasmatique, à ses activités auto-érotiques.

Les prémices de la sexualité infantile se trouvent dans la sensualité de la relation entre le bébé et sa mère dès sa naissance. C'est alors que se construisent le premier attachement, le premier amour, les premiers investissements du corps, dans ces plaisirs sensuels qui feront la matrice de toute relation future, notamment amoureuse. La mère et les adultes maternants ont la double fonction d'éveiller l'enfant à la sensualité et d'assurer en même temps une pare-excitation suffisante, permettant au bébé de gérer l'excitation dans une relation affective d'échanges.

Le père sera introduit en tant que tiers par la mère, mais uniquement si celle-ci a la capacité de limiter la fusion avec son bébé. A ce moment-là, chez toute femme, l'équilibre entre sa fonction maternelle et sa féminité est convoqué, ainsi que son propre développement psycho-affectif (de son vécu de nourrisson jusqu'à ses résolutions oedipiennes). Cette mise à distance de son bébé entraîne limite et frustration chez celui-ci, indispensables à son bon développement.

Peu à peu l'enfant va devenir indépendant, autonome, de par sa motricité et sa maîtrise sphinctérienne. Une autre étape importante dans l'évolution de la sexualité infantile est la période de l'acquisition de la propreté, vers la deuxième année ; l'enfant renonce alors aux bénéfices secondaires liés à l'érotisation des soins corporels donnés par la mère, il

⁷¹ Barraco-De-Pinto M., « Comment la sexualité vient aux enfants », in *Revue Enfance et Psy*, 2001, 17, p17-20.

est valorisé par ses parents. Pour grandir, l'enfant doit admettre une certaine perte. C'est à ce moment-là qu'apparaît le « non », le 3^{ème} organisateur de SPITZ, annonçant une ouverture aux autres. La toute-puissance du nourrisson se confronte maintenant à des limites : limites corporelles et limites à ses désirs du fait des interdits fondamentaux.

I-1-2. Cheminement du narcissisme

Dans la mythologie grecque, le narcissisme est l'amour d'un individu pour lui-même. Le mythe de Narcisse a inspiré le choix du terme *Narcissisme* dans la psychanalyse.

La question du narcissisme, surtout celle du narcissisme primaire, a fait l'objet de nombreuses interprétations.

S. FREUD adoptera *deux positions successives* : en 1905, il décrit le narcissisme comme un stade intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour objectal. Puis, en 1914, le narcissisme sera un réinvestissement libidinal du moi, aux dépens de l'investissement des objets.

Il évoque l'existence d'un *narcissisme primaire* et d'un *narcissisme secondaire*, dont la distinction entre les deux fera l'objet de multiples controverses.

Pour FREUD, *le narcissisme primaire* est localisé, dans un premier temps, entre la phase de l'auto-érotisme et celle de l'amour objectal, avec la formation d'un moi précoce. Puis, dans un deuxième temps, il correspondrait à un état plus primitif, antérieur à la constitution d'un moi, *anobjectal*, caractérisé par l'absence de relation à l'entourage, trouvant son prototype dans la vie intra-utérine. L'enfant prend son propre corps comme objet d'amour, la libido se porte sur le corps de l'enfant. Le narcissisme primaire est corrélatif du temps où l'enfant croit à la toute-puissance de sa pensée. A cette période les parents projettent leurs désirs sur l'enfant, le narcissisme des parents rejoint celui de l'enfant.

Le narcissisme secondaire, quant à lui, serait contemporain de la formation du moi par identification à autrui. La libido investit, dans un premier temps, l'objet extérieur, les investissements se portent sur l'objet (la mère ou son substitut). Dans un second temps, la libido se retourne sur le moi de l'enfant, le prend alors comme objet d'amour. C'est lorsque l'enfant prend conscience qu'il n'est pas l'unique objet de désir de sa mère, qu'il

découvre que celle-ci désire également en dehors de lui qu'il retourne sa libido sur lui-même.

Dans *le narcissisme primaire*, l'autre est soi, alors que dans *le narcissisme secondaire*, le soi s'éprouve à travers l'autre.

J. LAPLANCHE⁷² a tenté de clarifier le cheminement de la pensée freudienne sur les liens entre la notion d'auto-érotisme et la notion de narcissisme.

Il montre qu'il existe chez FREUD une lignée qui va de *l'auto-érotisme* au *narcissisme* et en dernier point au *choix d'objet*.

L'auto-érotisme est satisfait sur place, c'est le plaisir d'organe, il est sans objet extérieur et est conjoint au fantasme. *Le narcissisme* est défini comme un auto-érotisme mais dirigé sur un objet interne unique, le corps propre ou le moi.

LAPLANCHE réfute ainsi la *théorie du narcissisme anobjectal*, puisque l'objet est là, c'est un *objet interne*, *l'enfant*, et non pas l'objet externe que l'on retrouve dans le choix objectal.

Citons FREUD⁷³ à ce propos : « *Il est nécessaire d'admettre qu'il n'existe pas dès le début, dans l'individu, une unité comparable au moi ; le moi doit subir un développement. Mais les pulsions auto-érotiques existent dès l'origine ; quelque chose, une nouvelle action psychique, doit donc venir s'ajouter à l'auto-érotisme pour donner forme au narcissisme.* »

LAPLANCHE conclut en disant, « *que le narcissisme, en son fond, ne soit pas autre chose que de l'amour, de la libido, c'est une grande découverte oubliée.* »

I-1-3. L'enfant vers l'acquisition de son identité : le stade du miroir

Pour J. LACAN⁷⁴, *le stade du miroir* constitue l'expérience narcissique fondamentale, lorsque le moi se définit par une identification à l'image de l'autre.

⁷² Laplanche J. cité par Smirnov V., « La relation d'objet et le vécu infantile », in *La psychanalyse de l'enfant*, Ed. PUF 1966, p183-292.

⁷³ Freud S., « Pour introduire le Narcissisme (1914) », in *La vie sexuelle*, 1^{ère} Ed. PUF 1969, p81-105.

⁷⁴ Lacan J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je », *Communication faite au XVIème Congrès International de Psychanalyse*, Zürich, le 17 juillet 1949.

Cette expérience survient chez l'enfant âgé de 6 à 18 mois. Elle correspond à la naissance du moi chez l'enfant, le moi est uni à l'image du corps propre. En effet, l'enfant vit jusque-là sous l'influence des pulsions partielles et des objets partiels, il finit par renoncer au fantasme de corps morcelé, il acquiert alors une image corporelle unifiée, celle de son propre corps et du corps d'autrui.

Cette expérience comprend *trois temps* : *le premier temps* est celui où l'enfant perçoit son reflet comme un être réel qu'il tente de saisir et d'approcher, avec une confusion double, son image est ressentie comme étant celle d'un autre mais également il peut prendre pour sienne l'image de l'autre. *Le deuxième temps* est celui où il comprend que son reflet n'est qu'une image, pas un être réel, qu'il ne reconnaît pas encore comme étant la sienne. Il sait maintenant qu'il n'y a rien derrière le miroir. *Le troisième temps* est celui où il comprend que cette image de l'autre est en fait sa propre image, l'identification à cette forme corporelle structurée comme unité est ce que l'auteur nomme *l'identification primordiale*.

Cette expérience fait correspondre les trois registres du psychisme, qui sont, pour l'auteur : le Réel (le premier temps), l'Imaginaire (le deuxième temps) et le Symbolique (le troisième temps).

I-1-4. Le visage maternel comme précurseur du miroir

D. W. WINNICOTT⁷⁵, après avoir pris connaissance de l'article de LACAN sur *le stade du miroir* comme phase essentielle dans le développement du moi, propose de mettre en relation le miroir et le visage de la mère. Pour l'auteur, dans le développement émotionnel du sujet, « *le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère* ». Le rôle de la mère est de réfléchir au bébé son soi propre. Les yeux et l'expression du visage maternel permettent la reconnaissance du soi. Puis, au fur et à mesure du développement de l'enfant, celui-ci se retrouve de moins en moins dépendant du réfléchissement du soi que lui renvoie le visage de la mère.

Cependant, ce réfléchissement de soi ne peut s'opérer si la mère ne peut refléter que son propre état d'âme ou la rigidité de ses défenses. Dans ce cas, le bébé regarde mais ne se voit pas lui-même.

⁷⁵ Winnicott D. W., "Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant", in *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Ed. Gallimard, Collec. Folio essais, 1975, p203-214.

Citons l'auteur : « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même.[...] La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.* »

I-2. Genèse de la relation d'objet

Le nouveau-né, dès sa naissance, dépend très étroitement de son environnement, la mère ou son substitut, dont il n'a pas conscience. C'est sa mère qui revêt le rôle de pare-excitations et qui répond à ses besoins. Puis, progressivement, l'enfant va passer d'un état de dépendance à la mère, de fusion avec elle, à un état d'indépendance, d'autonomie.

I-2-1. Un 1^{er} stade non objectal

R. SPITZ distingue *un stade non-objectal* (stade qui correspondrait au stade du *narcissisme primaire* décrit par S. FREUD), de non-différenciation qui caractérise le nouveau-né. L'environnement n'est pas perçu, les notions de dedans et de dehors n'existent pas.

Puis, survient *le stade de l'objet précurseur* ou *stade préobjectal*, entre la 8^{ème} et la 12^{ème} semaine de vie de l'enfant, le monde extérieur est perçu visuellement par le bébé. A partir de la fin du 3^{ème} mois, apparaît la « réaction-sourire » (« *the smiling response* ») que provoque chez lui le visage de l'adulte, qu'il s'agisse d'un visage familier ou non. En effet, le nourrisson ne perçoit pas encore, à cet âge, *une personne, un objet libidinal*, mais uniquement *un signe*. Ainsi, cela correspond au stade où « *l'objet est investi avant d'être perçu* » (S. LBOVICI).

C'est au 8^{ème} mois qu'apparaît *le stade de l'objet libidinal*, stade durant lequel le nourrisson expérimentera *la première manifestation de l'angoisse proprement dite, nommée l'angoisse du huitième mois*, s'il se trouve face à une personne étrangère. Il confronte le visage de cet étranger avec les traces mnésiques du visage familier de sa mère. C'est à ce stade que le nourrisson établit des *relations objectales véritables*, la mère est devenue un *objet libidinal identifié*.

I-2-2. Le paradoxe de l'aire transitionnelle

Dès la naissance, le nourrisson suce son pouce, son poing, puis après, il utilisera des objets tels que le coin de drap, de couverture. D. W. WINNICOTT s'est intéressé au passage de ces activités auto-érotiques à la relation d'objet, à la relation à des objets « transitionnels ». Ce passage a lieu dans un espace, une aire d'expérience. L'auteur écrit à ce propos⁷⁶ : « *J'ai introduit les termes d' « objets transitionnels » et de « phénomènes transitionnels » pour désigner l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a déjà été introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de celle-ci.* »

Au départ, le nourrisson se sent omnipotent, l'environnement est non séparé et non différent de lui. Il a l'illusion qu'il crée l'objet désiré, grâce à sa mère qui a la capacité de s'adapter à ses besoins, lui présentant l'objet juste là où il allait l'halluciner (« *la mère suffisamment bonne* »). Ainsi, il a l'illusion que le sein maternel est une partie de lui. Cet objet non encore perçu comme séparé de lui est ce que l'auteur nomme *l'objet subjectif* (que le nourrisson lui-même a créé). Mais, à *ce premier temps de l'illusion*, doit succéder, pour un bon développement psychique, *le temps de la désillusion* (ou sevrage). Ce sont les expériences de frustration qui caractérisent ce second temps, entre ce qui est attendu par le nourrisson et ce qui lui est présenté. C'est à cette période que naît le sentiment d'ambivalence chez l'enfant, concomitant de la « *position dépressive* » décrite par M. KLEIN (autour du 6^{ème} mois). Puis, progressivement, une relation d'objet va se mettre en place, une relation entre deux personnes distinctes.

Ainsi, pour WINNICOTT, l'environnement joue un rôle capital : « *la mère suffisamment bonne* » doit pouvoir accompagner ces deux temps d'illusion et de désillusion de la construction de l'aire transitionnelle.

Cette aire transitionnelle ou espace potentiel est une aire intermédiaire entre le « *subjectif et ce qui est objectivement perçu* », c'est une aire du compromis, qui

⁷⁶ Winnicott D. W., "Objets transitionnels et phénomènes transitionnels", in *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Ed. Gallimard, Collec. Folio essais, 1975, p27-64.

subsistera tout au long de la vie, qui permet de « *maintenir, à la fois séparés et reliés l'un à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure* ». Cet espace n'est plus tout à fait dedans et pas encore tout à fait dehors, mais est entre deux, c'est un espace entre l'enfant et sa mère qui « *se situe entre le domaine où il n'y a rien, sinon moi, et le domaine où il y a des objets et des phénomènes qui échappent au contrôle omnipotent.* »

L'objet transitionnel sera investi par le nourrisson pour faire face à ses angoisses dépressives, en lien par exemple avec des expériences de séparation avec la mère, d'absence de celle-ci. Il peut être doux ou dur, il peut avoir une capacité à se mouvoir, il est souvent chargé de nombreux affects, et en particulier, des affects ambivalents ; il est le réceptacle des projections de l'enfant, l'objet peut être aimé intensément et, à un autre moment, agressé. Cet objet apparaît vers l'âge de 4 mois, il est un support de l'illusion dans la réalité. Ainsi, le nourrisson a l'illusion d'avoir créé ou imaginé cet objet, prémisse à la symbolisation. Il constitue également une première possession « *non-moi* ». Cet objet a une valeur symbolique d'union avec l'objet libidinal qu'est la mère, l'auteur ajoute qu' « *en utilisant le symbolisme, le petit enfant établit déjà une distinction nette entre le fantasme et le fait réel, entre les objets internes et les objets externes, entre la créativité primaire et la perception* ».

Cet objet transitionnel a une *nature paradoxale* : il ne provient ni du dedans ni du dehors, il vient d'un espace entre la mère et l'enfant ; il ne vient ni tout à fait de l'enfant ni tout à fait de la mère, il n'est ni tout à fait créé ni tout à fait trouvé par l'enfant.

L'activité fantasmatique est importante dans cette aire transitionnelle, des fantasmes qui sont rassurants pour l'enfant, dont le fantasme de vouloir se réunir avec la mère par exemple⁷⁷.

I-3. La capacité d'être seul

Pour D. W. WINNICOTT⁷⁸, la capacité de l'individu d'être seul est un évènement qui pourrait presque être synonyme de maturité affective.

⁷⁷ Golse B., « Donald W. Winnicott », in *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Ed. Masson, Collec. Médecine et Psychothérapie, Paris 2001, p78-92.

⁷⁸ Winnicott D. W., « La capacité d'être seul (1958) », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot 1969, p325-333.

L'expérience fondamentale qui contribue au développement de cette capacité d'être seul est, pour l'auteur : « *l'expérience d'être seul, en tant que nourrisson et petit enfant, en présence de la mère.* » Il souligne ainsi le caractère paradoxal du fondement de cette capacité à être seul, puisque « *c'est l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre.* »

Cette capacité d'être seul est un évènement qui apparaît dans les premiers mois de la vie et qui est en lien avec l'identification primaire. La continuité d'existence de la mère permet une expérience positive de solitude pour un temps limité. L'auteur parle de « relation au moi » (« *ego-relatedness* ») pour qualifier la nature de la relation du petit enfant avec sa mère. Cette relation au moi est, pour lui, au fondement même de *l'amitié*, et est peut-être également la « *matrice du transfert* ». Le moi de l'enfant, encore immature, se trouve fortifié par les expériences instinctuelles renvoyées par la mère, alors « *le petit enfant peut découvrir sa vie personnelle* ». Nous sommes là à un stade encore primitif, « *au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère.* »

Puis, vers l'âge de 6 mois, l'enfant devient capable de renoncer à la *présence effective* de sa mère ou de son substitut. Il intériorise sa mère, qui est le soutien de son moi, il est alors effectivement seul, il n'a plus besoin de recourir à tout moment à elle. Progressivement, l'environnement est introjecté et joue un rôle dans l'édification de la personnalité de l'individu. Ainsi, il y a toujours quelqu'un de présent, qui est inconsciemment assimilé à la mère.

I-4. Vers l'individuation

Pour P. JEAMMET⁷⁹, « *il y a là, dans les échanges de l'enfant avec sa mère, quelque chose qui nourrit l'auto-érotisme de l'enfant, c'est-à-dire toutes les expériences où, dans son échange avec la mère, avec l'objet externe, il retire un plaisir à lui, qui peut faire l'objet d'une intériorisation. Le mouvement de suçotement de l'enfant qui attend sa nourriture, et qui compense cette attente, par un plaisir de suçoter, où il réveille les traces mnésiques de satisfaction antérieure, en est le modèle* ».

⁷⁹ Jeammet P. Op. cit. (68)

Cette continuité entre l'auto-érotisme et les relations objectales existe dès le début de la vie affective de l'enfant, l'objet est présent dès l'origine de l'auto-érotisme. Comme l'affirme S. LÉBOVICI, « *l'objet est investi avant d'être perçu* », l'objet était là sans même qu'il ait été perçu comme tel.

L'enfant va acquérir une sécurité interne en retrouvant les traces mnésiques d'une expérience de satisfaction antérieure.

Cet auto-érotisme de base est une sorte de cadre interne. JEAMMET ajoute que, « *c'est sur cette base a-conflictuelle et ces acquis intériorisés que se développeront par la suite les identifications secondaires d'une façon d'autant plus harmonieuse et narcissisante pour le sujet que cette première assise sera plus assurée.* »

Puis, peu à peu, le sujet se différencie de l'objet, sur la base de ces acquis, sans que l'identité du sujet soit ébranlée de manière trop intense.

A l'opposé, tout ce qui fait sentir, de manière prématurée à l'enfant, le poids de l'objet et son impuissance vis-à-vis de l'objet (par excès ou défaut de présence), est à l'origine d'un *antagonisme* entre le maintien de l'intégrité du sujet et ses objets d'investissement. Les assises narcissiques se constituent *contre* l'objet alors, et *non pas par la qualité de la relation à l'objet*.

Plus un sujet aura réussi des intériorisations de relation d'objet sécurisantes, avec l'établissement de limites, plus les assises narcissiques seront assurées. Ainsi, avec des assises narcissiques satisfaisantes, il peut recevoir de l'objet sans craindre pour son narcissisme, et pourra achever ses identifications.

I-5. Construction de l'identité sexuée de l'enfant

L'identité sexuée ne repose pas uniquement sur un socle biologique⁸⁰. Nous ne pouvons pas réduire un homme ou une femme à leur seul corps sexué mâle ou femelle. En effet, l'assignation d'un sexe à la naissance à la vue des caractères sexuels ne correspond pas toujours avec les représentations psychiques que chaque individu a de son sexe. Il ne faudrait pas assimiler la réalité biologique à la réalité psychique. L'importance de cette

⁸⁰ Malka J., Duverger P., *Sexualité normale et ses troubles*, dans le cadre de l'enseignement de pédopsychiatrie au C.H.U. d'Angers, année 2004.

réalité psychique sur le développement et le comportement ultérieur est actuellement reconnue.

Distinguons deux couples qui sont complémentaires : *mâle/femelle et masculin/féminin*. Le premier, est défini par les lois biologiques et l'assignation d'un sexe à la naissance. C'est le noyau de *l'identité de genre*. Le second, masculinité/féminité, est le résultat d'une « *histoire dans la tête* », selon une formulation de F. LADAME⁸¹, celle de la bisexualité psychique. Pour cet auteur, l'adolescence est le temps fondamental de son orientation, nous y reviendrons dans le chapitre consacré au développement psychosexuel de l'adolescent.

L'identité sexuée est le fruit d'une construction, qui débute avant la conception de l'enfant. Les parents fantasment le sexe de leur enfant, en fonction de leur histoire personnelle, de leurs propres désirs. Ainsi, la naissance de l'identité sexuée a lieu avant même la venue au monde de l'enfant, elle s'origine dans la lignée transgénérationnelle. La notion de bisexualité psychique a été introduite par S. FREUD. C'est une loi biologique naturelle, originelle chez tout être humain. Puis, peu à peu, l'enfant va pouvoir discriminer dans son entourage les images masculines et féminines. Une trajectoire évolutive se profile, allant du stade anal (couple antagoniste actif/passif) au stade oedipien (parent du même sexe ou de l'autre sexe, à conquérir ou à écarter, à qui ressembler ou non), en passant par le stade phallique (avoir un pénis ou non). Par ces oppositions va s'instaurer peu à peu pour l'enfant la représentation des statuts masculin et féminin.

I-6. Constitution de l'identité féminine chez la fillette

S. FREUD⁸² a souligné l'importance de l'attachement pré-oedipien de la petite fille à sa mère, attachement qui avait été longtemps sous-estimé. A cette période de la vie, le lien à la mère est exclusif, avec une négligence du père, considéré comme un rival gênant. Pour l'auteur, l'identification fondamentale est celle à la mère *active*, maîtresse de ses

⁸¹ Ladame F., « Adolescence et Féminité : histoire d'une histoire », in *Adolescence*, 1983, 1, 2, p217-237.

⁸² Freud S., « Sur la sexualité féminine (1931) », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF 1969, p139-155.

droits. La nature du lien pré-oedipien mère-fille est intense, de longue durée et teintée d'ambivalence.

F. LADAME⁸³ critique la tendance générale de la littérature à insister plus sur les inconvénients de cette dyade primitive, tels que le retentissement sur les conflits dépendance-indépendance, activité-passivité, le va-et-vient entre l'amour et la haine, que sur ses avantages. Il souligne les avantages du prolongement de ces expériences fusionnelles primaires sur les relations futures du sujet : tels qu'être capable de ressentir ce que l'autre ressent, faire *un* avec l'autre, supporter « *une certaine confusion des limites sans angoisse* ». Pour l'auteur, l'identité primaire est « *d'essence féminine* ». Chez le garçon, la première identification est également à la mère *active*, mais elle vient contredire l'essence de son identité masculine future.

Plusieurs auteurs, dont LADAME, s'accordent à dire que la différence de durée et de qualité des périodes pré-oedipiennes chez le garçon et chez la fille s'origine dans le fait qu'une mère est du même genre que sa fille et d'un genre différent que son fils.

Cet auteur montre aussi l'importance dans le développement psychosexuel de la fillette du *stade anal*. Il insiste sur l'existence, à ce stade, d'un excès d'amour envers sa mère, et non pas un excès de haine. Pour lui, la qualité et l'importance de la relation pré-anale ont conduit les pulsions agressives de certaines petites filles à être refoulées, « *abandonnant corps et sexe au contrôle de Mère, qu'on ne saurait ne pas aimer* ». Ces mêmes petites filles au moment de l'adolescence ou de l'âge adulte peuvent éprouver une intense culpabilité lors de la prise de conscience d'avoir des sentiments d'hostilité envers leur mère.

Au moment de l'Œdipe, une situation triadique se met en place et met fin à la relation duelle qui existait entre la mère et son enfant. Pour LADAME, l'attachement à la mère ne disparaît pas ; la fillette n'abandonnerait pas sa mère comme objet d'amour, le père serait « *objet second, d'ajout, -si passionnant et idéalisé fût-il- à l'univers préoedipien* ». Pour cet auteur, ce qui s'achève c'est l'attachement exclusif à la mère. Il

⁸³ Ladame F. Op. cit (81)

n'y aurait donc pas réellement de changement de choix d'objet d'amour mais un élargissement de ce choix en la personne du père.

A l'adolescence, les thèmes pré-oedipiens et oedipiens ressurgissent, l'adolescente essaiera de se déprendre du lien originaire qui la lie à sa mère, à cette mère pré-oedipienne. Nous aborderons cette question dans le chapitre consacré au développement psychosexuel chez l'adolescent.

Ainsi, LADAME affirme qu'« *une femme naît femme et elle le devient* ». Le premier temps est un temps biologique, l'état originaire des tissus n'est pas mâle mais femelle (« *life begins as female* »). Puis, viennent s'ajouter l'identification primaire à la mère et l'identification à l'imgo oedipienne, subsumées dans l'identité sexuelle féminine qui achèvent l'adolescence. La fille n'abandonne jamais son attachement pré-oedipien pour sa mère, de même que le garçon. Il existe une double contrainte, celle qui fait à la fois haïr et redouter la dépendance et la liberté.

Pour B. CRAMER⁸⁴, la féminité est une transmission transgénérationnelle de mère en fille, dans la lignée de la filiation féminine. La mère, par ses soins, par ses attitudes introduit son nourrisson fille dans un univers complexe de sa représentation du monde et de l'image qu'elle a de la féminité. L'image de la femme que cet enfant aura par la suite s'appuie sur les soins qu'elle a reçus de sa mère.

Citons, pour conclure, LADAME au sujet de la destinée féminine : « *s'il y a une difficulté, dans la destinée féminine, c'est peut-être bien dans la construction d'un désir propre, délivré de la dépendance au désir de la mère. Et ceci nous renvoie [...] au monde préoedipien, à l'insuffisante différenciation qui est sa marque, à un univers où « je suis toi et tu es moi ».* »

⁸⁴ Cramer B. cité par Salamagne S., *Estime de soi chez les adolescentes enceintes : étude comparative avec l'adolescente non enceinte et l'adulte jeune*, Mémoire de Psychiatrie, Poitiers, année 2004, 185p.

II - Les enjeux des interactions précoces du côté de la mère

A. LE NESTOUR⁸⁵ s'est intéressée à l'aspect psychodynamique des interactions précoces entre la mère et son bébé fille.

S. FREUD a écrit au sujet de l'investissement parental du bébé : « *Il lui est attribué toutes les perfections [...]. Les parents placent sur l'enfant leur propre idéal du moi (ce qu'ils aimeraient être) avec lequel cet enfant s'identifiera en en faisant son propre idéal qu'à son tour, arrivé à l'âge adulte, il projettera sur son propre enfant* ». Cependant, pour A. LE NESTOUR, d'une manière générale, tout parent projette, sur le mode d'identifications projectives, son propre narcissisme infantile sur son bébé. Les parents projettent également, à leur insu, des « *parties d'eux-mêmes enfants plus négatives ou conflictuelles ou des parties d'imagos parentales elles-mêmes conflictuelles* ». Ainsi, le bébé est le réceptacle des projections parentales, où se profilent inévitablement les ombres du passé.

II-1. Les interactions fantasmatiques

Pour LE NESTOUR, *le bébé fille* invite la mère à un double mouvement identificatoire : d'une part, l'identification du bébé fille à sa propre mère, la grand-mère maternelle (avec ses aspects positifs et négatifs), s'opère également une contre-identification de la mère à la petite fille qu'elle a été ; d'autre part, l'identification du bébé à son image d'elle-même enfant fille et une contre-identification à sa propre mère. Ces identifications sont imprégnées des angoisses de la période oedipienne de la mère, ainsi que des angoisses plus archaïques, anaclitiques d'abandon.

Le poids du transgénérationnel semble être moins important lorsqu'il s'agit d'un *bébé garçon*. Celui-ci semble être moins l'objet d'identifications massives. L'identification projective semble être mieux contenue de la part de la mère vis-à-vis du bébé garçon.

La relation de la mère à sa propre mère déterminera pour une large part la nature de la relation de la mère envers son *bébé fille*. Pour l'auteur, dès la naissance, il existe une

⁸⁵ Le Nestour A., « Quelques réflexions sur les relations précoces entre mère et bébé fille », in *Mères et filles. La menace de l'identique*, sous la dir. de J. André, Petite Bibliothèque de psychanalyse, Ed. PUF 2003, p23-51.

relation réciproquement investie entre la mère et son bébé fille, une symbiose, une confusion identitaire entre les deux. Cette confusion d'identité est le résultat défensif d'identifications projectives et introjectives. Elle permet à la mère de lutter aussi contre les défaillances et l'agressivité qui s'originent dans la relation primaire à sa propre mère. Il s'agit de combattre les angoisses d'abandon, la destructivité interne est soit retournée contre elle-même, soit retournée contre le bébé, ce dernier étant l'objet alors d'un vécu persécutif de la part de sa mère.

C'est ainsi que, pour LE NESTOUR, « *la fille devant s'orienter vers un choix d'objet différent réactive les sentiments de perte maternelle, réveille les angoisses anaclitiques et facilite la confusion identitaire [...]. Une fille permet-elle à sa mère de régler ses comptes avec sa propre mère ? Certaines mères les occultent en renforçant l'amalgame dans une relation fusionnelle idéalisée. Mais, il existe des cas où l'identification massive projective prend un aspect totalement pathologique comme si le bébé voulait la peau de la mère.* »

II-2. Les interactions comportementales

En ce qui concerne les interactions comportementales, de par son expérience de thérapeute, LE NESTOUR constate que les mères caresseraient plus facilement le corps de leur *bébé garçon*, mais, parleraient plus à leur *bébé fille*. Le *bébé garçon* jouerait plus volontiers avec des parties de son corps, tandis que le *bébé fille* jouerait plus avec des jouets présentés par sa mère. Celle-ci aurait tendance à tourner plus facilement son *bébé fille* vers l'extérieur, « *son intuition plus ou moins consciente est-elle, qu'un jour, son bébé fille va changer d'objet libidinal ?* ». Il existerait un ressenti plutôt enjoué de la mère vis-à-vis des acquisitions développementales de son *fils*, alors qu'elle exprime des sentiments plus ambivalents vis-à-vis de sa *fille*, avec un sentiment de perte et à la fois une incitation à une attitude d'autonomisation.

L'auteur conclut en soulignant l'importance de mettre en lumière la relation primaire entre une mère et sa propre mère et sur « *ses avatars* », pour pouvoir comprendre la rivalité qui peut exister entre une mère et son bébé fille.

B – LES ENJEUX DE LA PERIODE OEDIPIENNE ET DE LA PERIODE DE LATENCE

I - L'enfant à la période oedipienne

Pour S. FREUD⁸⁶, le complexe d'Œdipe est un temps fondamental dans le développement de la personnalité, au cours duquel l'enfant doit passer d'une relation duelle à une relation triangulaire. L'enfant est confronté aux relations qui existent entre les parents : il prend alors conscience qu'il n'est pas l'unique objet du désir maternel, l'objet du désir de sa mère se trouve en la personne de son père. Il est pris dans un « *triangle affectif* », où vont s'affronter son désir sexuel pour le parent du sexe opposé et son désir d'éliminer le parent du même sexe, considéré comme rival dans son amour. FREUD situe ce conflit psychique inconscient qu'est le complexe d'Œdipe *au stade phallique* du développement libidinal de l'enfant, âgé entre 3 et 5 ans.

Cette période joue un rôle capital dans le développement de la future identité sexuelle de l'enfant. Jusqu'à ce moment, l'enfant vivait dans l'illusion de sa toute-puissance. Avec l'expérience de la castration, il doit accepter qu'il y ait des hommes et des femmes, il se rend compte de ses limites corporelles et accepte alors que son impuissance physique ne puisse réaliser ses désirs incestueux envers sa mère. Il est soumis à la Loi, la prohibition de l'inceste, comme ses parents. Le surmoi et l'idéal du moi de l'enfant se construisent durant cette période oedipienne : le surmoi représente les interdits et les exigences morales, l'idéal du moi est le moi s'adaptant aux exigences du surmoi. Cet idéal du moi est constitué des identifications aux parents de la préhistoire personnelle.

L'enfant à la période oedipienne vit sa sexualité infantile sur un mode non génitalisé, puisqu'il est protégé de ses fantasmes incestueux par sa propre impuissance physique, son corps est encore impubère.

⁸⁶ Freud S. cité par Smirnoff V., « L'Œdipe : complexe, situation, structure », in *La psychanalyse de l'enfant*, Ed. PUF 1966, p293-329.

I-1. La période oedipienne chez le garçon

J.-D. NASIO⁸⁷ reconnaît *cinq temps* au complexe de castration chez le petit garçon : *le premier temps* est celui où l'enfant croît à l'universalité du pénis, tout le monde aurait un pénis comme le sien, il n'y aurait pas de différence anatomique entre les organes sexuels mâles et femelles. Cette croyance infantile est le préalable du complexe de castration. *Le deuxième temps* est celui où le pénis est menacé verbalement par le père, avec l'interdiction à l'enfant des pratiques auto-érotiques masturbatoires. *Le troisième temps* est celui où le pénis est menacé à la vue du corps nu de la petite fille, l'enfant découvre qu'elle n'a pas de pénis. *Le quatrième temps* est celui où l'enfant se rend compte que sa mère est aussi châtrée, émerge alors réellement l'angoisse de castration. *Le dernier temps* est celui où le petit garçon accepte la loi paternelle de l'interdit de l'inceste, il renonce à l'objet d'amour que représente sa mère comme partenaire sexuel. Ainsi prend fin la phase de l'amour oedipien chez le petit garçon, *l'affirmation de son identité masculine est alors possible* . Il est devenu capable d'assumer son manque et de produire sa propre limite.

Chez le garçon, la fin du complexe de castration correspond en même temps à la fin du complexe d'Œdipe.

I-2. La période oedipienne chez la fille

NASIO distingue *quatre temps* au complexe de castration chez la petite fille : *le premier temps* est celui de la croyance infantile, comme pour le petit garçon, à l'universalité du pénis, le clitoris est un pénis. *Le deuxième temps* est celui durant lequel la petite fille découvre la région génitale masculine, à la vue du pénis, elle reconnaît qu'elle a été châtrée. Elle a envie de posséder ce qu'elle n'a pas, le pénis. *Le troisième temps* est marqué par la découverte de la castration de la mère également, celle-ci est alors rejetée par l'enfant. C'est à ce moment que la petite fille change de choix d'objet, elle prend *le père comme objet d'amour* . *Le dernier temps* est celui où la petite fille se sépare de sa mère, elle renonce à posséder un pénis comme le petit garçon et déplace son envie de posséder un pénis sur *le désir de posséder un enfant de son père* .

⁸⁷ Nasio J.-D., « Le concept de castration », in *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*, Ed. Payot et Rivages 2001, p17-49.

Chez la fillette, la fin du complexe de castration marque le début du complexe d'Œdipe.

I-3. Les identifications à la période oedipienne

Chez le petit garçon, lors de cette période oedipienne, sur un plan objectal, il n'y a *pas de changement de choix d'objet d'amour* : sa mère était son premier objet d'amour et le reste. Il est en rivalité avec son père, mais il tentera de s'identifier à lui, de l'imiter, il le prendra comme modèle. Le petit garçon s'identifie au parent du même sexe, son père, pour séduire le parent du sexe opposé, sa mère. Ainsi, la rivalité envers son père, l'amour pour sa mère, son identification à son père, procurent à l'enfant *un sentiment d'identité en tant que garçon, comme son père*, mais, en même temps, suscitent une interrogation anxieuse sur son corps qui peut être châtré comme celui de sa mère. L'identification à la période oedipienne, qui est en étroite corrélation avec l'identité, est essentielle pour le développement futur de l'enfant, elle sera réactivée à d'autres périodes de la vie, et particulièrement à l'adolescence.

Pour D. MARCELLI,⁸⁸ lors de cette période oedipienne, sur le plan narcissique, le petit garçon subit un remaniement dans son processus identificatoire. L'en deçà interactif maternel, qui est le lieu des imitations interactives précoces inconscientes, semble ne pas « cadrer » avec la représentation de relation d'objet paternelle pour construire une identification masculine secondaire sur laquelle son narcissisme puisse s'étayer. Ainsi, pour l'auteur, chez le petit garçon, il existerait un besoin plus grand d'imiter le père, que ne l'est le besoin d'imiter la mère chez la petite fille. L'hypothèse avancée est celle selon laquelle le petit garçon aurait un noyau d'imitation et d'identification primaire qui serait féminin. Si celle-ci se confirme, le garçon, *au moment de l'adolescence*, devra mettre fin à ce noyau d'imitation, d'identification primaire, maternelle/féminine pour alors se diriger vers une identification secondaire masculine/paternelle.

Chez la petite fille, lors de la période oedipienne, il va y avoir *un changement de choix d'objet* : lors de la période pré-oedipienne, le choix d'objet de la petite fille était sa mère, tandis qu'à la période oedipienne, la fillette va se tourner vers son père. S.

⁸⁸ Marcelli D., « Imitation + Représentation = Identification ? Quelques hypothèses sur les processus d'imitation précoce et d'identification secondaire entre le fils et le père », in *Adolescence*, 1989, 7, 2, p35-52.

FREUD⁸⁹ parle, à ce sujet, « *d'échange de l'objet originare -la mère- contre le père* ». La petite fille s'identifie alors à sa mère, elle va s'identifier à sa mère désirante de son père. Lors de cette période oedipienne toute la question des identifications, la question du désir et du manque ont une grande importance. Pour pouvoir désirer il faut manquer, la fillette va s'identifier à cette mère châtrée (manque du pénis), qui désire le père, en étant en rivalité avec elle.

Les identifications à cette période oedipienne sont essentiellement des identifications bisexuées, ce sont des identifications aux deux parents. Il existe cependant des comportements d'imitation de l'enfant au parent du même sexe, comme nous venons de le voir.

II - L'enfant à la période de latence

II-1. Généralités

La sexualité de l'enfant évolue en deux temps, elle est séparée par une période de latence. C'est une période dite aconflictuelle, qui se situe entre 7 et 12 ans. Elle permet au moi de l'enfant de se consolider, s'éloignant d'un trop plein d'excitation. Ainsi, les conflits sexuels de la période oedipienne sont mis à distance. Il semble qu'il y ait un désinvestissement relatif des imagos parentales. Les pensées et les comportements se « déssexualisent » par un mécanisme défensif de refoulement, permettant les sublimations. Il s'agit d'un mécanisme de défense spécifique de cette période, les buts pulsionnels sont déplacés vers des objectifs plus socialisés⁹⁰. L'enfant déplace ses centres d'intérêts sur les acquisitions opérationnelles.

⁸⁹ Freud S. Op. cit. (82)

⁹⁰ Golse B., « Sigmund Freud », in *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Ed. Masson, Collec. Médecine et Psychothérapie, Paris 2001, p9-42.

II-2. Les identifications à la période de latence

Les identifications aux parents à cette période de latence sont comme « *mises en veilleuse* », « *mises en latence* », dans les instances intrapsychiques du surmoi et de l'idéal du moi. Il s'agit principalement des identifications aux parents oedipiens, dorénavant des parents perçus comme sexués par l'enfant. Le moi se soumet alors aux exigences du surmoi infantile, représentant de l'autorité.

C - LES ENJEUX DE LA PUBERTE

I - Généralités

I-1. Introduction sur l'adolescence

« *La guérison de l'adolescence dépend de ce que le temps passe ; elle relève du processus de la maturation graduelle. Ces deux facteurs aboutissent finalement à l'émergence de la personne adulte.* » D. W. Winnicott (*L'adolescence, une lutte à travers le cafarad*)

« *Comme le mugissement de la mer précède de loin la tempête, cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes ; [...] Un changement dans l'humeur, des emportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit, rendent l'enfant presque indisciplinable. [...] C'est un lion dans sa fièvre ; il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné.* » J.-J. Rousseau (*L'Emile*, livre V, 1762)

En 1958, A. FREUD⁹¹ disait, au sujet des travaux psychanalytiques concernant l'adolescence, que cette dernière était « *la Cendrillon de la Psychanalyse* ». S. FREUD et les premiers psychanalystes ont en effet peu écrit sur l'adolescence, FREUD la définit dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* comme la réactualisation de la sexualité infantile ayant comme but l'affirmation du primat de la génitalité et le choix d'un nouvel objet d'amour.

Ce n'est qu'à partir des années 60-70 que des travaux sur l'adolescence font leur apparition, ainsi qu'une approche clinique et thérapeutique de l'adolescent par la

⁹¹ Freud A. citée par Jeammet P., « Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », in *Rev. Franç. Psychanal.*, 3-4 / 1980, p481-521.

psychanalyse. Des auteurs comme A. FREUD, ERIKSON, P. BLOS accordent une grande importance à l'impact de la réalité externe et du besoin pour l'adolescent d'y faire sa place en dehors du milieu familial. La problématique de l'adolescence s'articule autour de la réalité interne et de la réalité externe : à cette période de la vie nous assistons à d'importants remaniements de la réalité interne et l'impact de la réalité externe sur le présent et l'avenir de l'adolescent est important. Notons qu'il est difficile d'apprécier le poids respectif de la réalité interne et de la réalité externe et l'aménagement des relations entre elles.

Le terme *Adolescence* trouve son origine dans le latin, *adolescere*, qui signifie grandir. Grandir implique une notion de changement : changement d'ordre physiologique, du fait du processus pubertaire, mais aussi changement d'ordre psychosocial, avec la nécessité de réaménager les relations aux parents, du fait du réveil pulsionnel lié à la puberté avec un corps devenu physiquement apte à réaliser ses désirs incestueux⁹².

La puberté signe le début de l'adolescence. Les changements physiologiques et anatomiques concernent la croissance staturale, l'évolution des caractères sexuels primaires (les organes génitaux) et secondaires (modification de la voix, développement de la pilosité, des seins, de la masse musculaire). Il existe un décalage dans la survenue de la puberté entre les deux sexes : pour les filles, elle se situe vers 12 ans-12,5 ans, tandis que pour les garçons elle survient vers 14 ans. Chez la fille, les menstruations initient la puberté, tandis que chez le garçons, son début est moins franc.

Très fréquemment, la maturation physique, génitale ne correspond pas avec la maturation psycho-affective, leur rythme de développement diffère.

I-2. Le changement de cap

Avant la puberté, la sexualité infantile se satisfaisait de manière auto-érotique, dans le corps propre. L'auto-érotisme infantile, la toute-puissance fantasmatique venaient renforcer le narcissisme de l'enfant contre tout ce qui pouvait le fragiliser, contre la réalité de son impuissance, de sa dépendance. Ainsi, lorsque l'omnipotence infantile était fragilisée elle se renforçait grâce à l'auto-érotisme et à l'absence de freinage des

⁹² Alvin P., Marcelli D., *Médecine de l'adolescent*, Ed. Masson, Collec. Pour le praticien, Paris, 2000, 301p., et plus particulièrement, « L'adolescence, les adolescents », « Le travail psychique lié à la puberté ».

productions fantasmatiques. Les pulsions sexuelles infantiles étaient entièrement livrées au fantasme, elles n'étaient pas soumises à l'épreuve de réalité. La pensée imaginative de l'enfant, illimitée, était au service du narcissisme.

Au moment de la puberté, nous assistons à *un changement de cap majeur*, avec un changement de registre : il y a passage de l'auto-érotisme infantile, qui supposait un commerce avec *un objet fantasmatique*, à la sexualité, qui est un commerce avec *un objet réel*, un objet rencontré. L'adolescent est maintenant apte à réaliser physiquement ses fantasmes incestueux.

La puberté s'impose à l'adolescent de manière inéluctable, elle peut être pour certains difficile à accepter. Elle vient réveiller les pulsions sexuelles qui étaient *endormies* à la période de latence, l'adolescent peut alors se sentir attaqué par ces pulsions nouvelles. La puberté confronte l'adolescent à une nouvelle sexualité, bien différente de la sexualité infantile : la réalité change, le regard sur soi, le regard des autres, le corps de l'adolescent n'est plus différent de celui de ses parents. Il doit intégrer la nouvelle image de son corps sexué, il doit se confronter à l'autre, comme individu différent de soi. Le principe de réalité est, à la puberté, la nouvelle puissance du corps sexué.

Cette période pubertaire impose de *nouveaux enjeux* pour l'adolescent :

Sur le plan identitaire, narcissique, c'est la sexuation nouvelle de son corps et de sa pensée. La sexuation de la pensée impose à l'adolescent de faire le deuil de l'omnipotence de sa pensée, le deuil de la bisexualité psychique infantile. En effet, nous ne sommes que la moitié du monde, que homme ou femme, que masculin ou féminin (*secare : coupés en deux*). Le corps de l'adolescent est puissant mais son fonctionnement psychique doit s'inscrire dans une reconnaissance de la finitude : c'est la reconnaissance de l'universalité et de l'irréversibilité de la mort, la reconnaissance de l'incomplétude, avec la différence des sexes et la différence des générations. Dans la sexualité adulte, nous sommes en quête de l'objet séparé, le délai entre l'émergence du désir et de sa satisfaction est imprévisible, avec alors un risque de frustration. Pour pouvoir faire face à cette frustration, nous devons avoir une identité construite, des bases narcissiques solides.

Sur le plan relationnel, ce sont les nouveaux enjeux liés à la relation à l'autre. Cette relation est modifiée à l'adolescence du fait de l'acquisition par l'adolescent d'une

nouvelle identité sexuée. Il prend en effet conscience de son incomplétude et de la complexité de son rapport à l'autre, avec également le risque d'en être dépendant. Il doit désormais tenir compte de cet autre différent de soi, celui-ci a ses propres désirs. La relation à ses parents doit également changer, la sexuation de son corps oblige l'adolescent à se détacher du corps de ses parents du fait de la menace incestueuse oedipienne.

I-3. Le narcissisme, les identifications et l'identité à l'adolescence

L'adolescence est aussi une étape révélatrice des acquis antérieurs, de la période de l'enfance. Le narcissisme n'échappe pas à une remise en question à l'adolescence.

L'adolescence est, pour P. JEAMMET^{93/94}, une sorte de révélateur du fonctionnement mental et de la qualité de l'organisation de la personnalité.

Pour l'auteur, les deux grands axes organisateurs de la personnalité vont se conflictualiser à l'adolescence : *un premier axe est l'axe objectal*, relationnel, qui implique le besoin, pour être soi, d'être en relation avec les autres. Il joue un rôle dans la formation de la personnalité, de par les échanges avec le monde externe et ses objets d'investissement, au niveau des zones érogènes, et par les mécanismes des intériorisations et des identifications. *Le second axe est l'axe narcissique*, celui de l'autonomie, de l'identité.

L'auteur souligne le fait que le narcissisme est une construction permanente, la résultante d'un équilibre en lien avec la relation d'objet et avec le besoin relationnel. C'est cet équilibre qui est mis en question à l'adolescence. A cette période de la vie, un antagonisme apparaît entre les deux axes, avec la nécessité de changement et de continuité. La puberté vient conflictualiser la lignée objectale, pulsionnelle et la lignée narcissique. L'adolescent a maintenant un corps capable de la mise en acte de ses fantasmes, avec la possible réalisation incestueuse et parricide (meurtre du parent rival). Il n'a plus la protection narcissique infantile (barrière qui était constituée par son corps

⁹³ Jeammet P., « Fonctionnement psychique à l'adolescence et travail de représentation », in *Rorschachiana*, Ed. Hogrefe et Huber, vol 17, 1990, p21-25.

⁹⁴ Jeammet P., « Les enjeux narcissiques de l'adolescence », in *Journal de la psychanalyse de l'enfant* sur le thème *Le narcissisme à l'adolescence*, Colloque de Monaco, Ed. le Centurion, 1991, p147-183.

physiquement impuissant), il doit, comme l'énonce JEAMMET, « *faire ses preuves, montrer de quoi (et de qui) il est fait* », il doit finir ses identifications.

L'adolescent doit faire face à deux processus qui s'opposent en apparence: *d'une part*, comme le formule P. BLOS⁹⁵, le processus de désengagement du lien oedipien, *et d'autre part*, le processus identificatoire. Tel est le paradoxe auquel il est confronté : « *Comment peut-il concilier désengagement et identification et comment s'éloigner de ceux dont la présence est indispensable pour s'identifier ?* ». Pour D. MARCELLI, au cours du travail psychique que l'adolescent doit effectuer, celui-ci éprouve le besoin intense d'imiter pour contenir ses représentations et les transformer en identifications utilisables par l'inconscient. Cette imitation qui est, au départ, un processus inconscient devient, à l'adolescence, un processus conscient. Il s'agit pour lui d'imiter essentiellement dans les échanges sociaux (imitation d'une activité sportive, culturelle par exemple).

P. JEAMMET formule ce paradoxe ainsi : « *Ce dont j'ai besoin, à savoir l'autre, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de l'intensité de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie naissante* ». En effet, face à la nécessité de s'autonomiser et face à l'effet de rapprochement qu'implique la sexualisation des liens aux parents, il ressent sa nouvelle appétence objectale d'une manière conflictuelle comme une menace pour son autonomie.

Cet antagonisme entre ses appétences objectales et la sauvegarde de son narcissisme n'est pas perçu par l'adolescent, il le subit comme une contrainte, il peut entraîner une sidération de sa pensée, et peut renforcer des réponses par l'agir. Ainsi, le risque est de voir apparaître des conduites psychopathologiques avec une *fonctionnalité anti-objectale*, augmentant l'opposition entre relation d'objet et sauvegarde du narcissisme. Il y a alors, dans ce cas de figure, le passage d'un *narcissisme de vie*, qui comprend un lien avec l'objet libidinal, à un *narcissisme de mort*.

E. KESTEMBERG a écrit, en 1962, un article incontournable sur l'identité et l'identification à l'adolescence. Elle y a exposé les enjeux majeurs de cette période de la vie, comme l'impact de la puberté, la réactualisation des relations archaïques, la place centrale du corps et ses attaques possibles, la sexualisation de la pensée, la relation aux

⁹⁵ Marcelli D. Op. cit. (88)

autres, la place du groupe, le réaménagement de la relation aux parents, l'intrication entre libido narcissique et objectale, le retentissement des conflits d'identification sur l'identité. Pour cet auteur, les problèmes de l'adolescence « *sont des problèmes relationnels* ».

P. JEAMMET souligne que « *cette sensibilité à la relation reflète la résurgence des relations d'objets primitives pour lesquelles l'estime de soi est massivement dépendante des satisfactions de la libido objectale. Cette vulnérabilité fait que « les adolescents sont et se considèrent en fonction de ce que sont les adultes et de la façon dont ils les considèrent* » »^{96/97}. E. KESTEMBERG ajoute, « *ce qui peut également et tout naturellement se traduire en termes d'identité (les adolescents sont) et d'identification (en fonction de ce que les adultes sont ou leur apparaissent).* »

Ces propos illustrent bien le fait que l'adolescent a besoin de s'identifier à ses parents, sans que cela soit une menace pour son narcissisme, sans qu'il y ait un risque de confusion identitaire, c'est le paradoxe auquel il est contraint que nous avons exposé précédemment. L'adolescent va alors se tourner vers d'autres choix d'objets, en dehors de la sphère familiale : *dans un premier temps*, il ira à la rencontre d'adolescents du même sexe que lui (le groupe des pairs, la bande), nous pourrions qualifier ce temps de temps « *homo* » ; puis, *dans un deuxième temps*, il ira à la conquête d'un nouvel objet d'amour, de sexe opposé le plus souvent, c'est le temps « *hétéro* ». Nous aborderons ces deux temps un peu plus loin dans ce travail.

Comme le remarque D. MARCELLI, l'adolescent doit s'engager dans un « *lien identificatoire et transgénérationnel* » et se désengager du « *lien oedipien* ». Le lien identificatoire est d'abord, le plus fréquemment, *oppositionnel* à la période pubertaire, pour devenir *mimétique* à la phase tardive de l'adolescence, lors de la résolution de la problématique oedipienne inversée.

Pour l'auteur, *les grands-parents* occupent une place centrale à l'adolescence, permettant à l'adolescent et à ses parents de ne pas être pris dans des conflits

⁹⁶ Jeammet P., « L'identification à l'adolescence, en hommage à Evelyne Kestemberg », in *Adolescence*, 1989, 7, 2, p5-8.

⁹⁷ Kestemberg E., « L'identité et l'identification chez les adolescents », in *Psychiatrie de l'enfant*, 1962, vol. 5, 2, p441-522.

insurmontables. « *La dimension transgénérationnelle inscrivant l'adolescent dans l'ordre symbolique est une exigence incontournable de l'adolescence.* »

D'un point de vue topique, à l'adolescence se produit une délocalisation des identifications aux parents oedipiens *du surmoi vers le moi*. Ce remaniement des identifications est primordial pour que l'adolescent puisse s'identifier à un personnage adulte sexué. Dorénavant, l'adolescent doit s'identifier à la génitalité de ses parents, à l'image d'un père et d'une mère qui comprend la représentation du pénis et du vagin. *Une double identification (la bisexualité psychique)* doit donc s'opérer qui inclut l'intégration de ses propres organes génitaux, *mais également*, des organes génitaux de l'autre sexe. Ainsi, pour pouvoir accéder à la puissance sexuelle adulte, l'adolescent doit intégrer l'éprouvé de l'autre sexe, du sexe complémentaire.

Cette évolution du surmoi est capitale, si elle ne se produit pas, il n'y a pas de réelle appropriation par l'adolescent de son corps ni la possibilité de pouvoir en jouir sans être envahi par un sentiment de culpabilité.

I-4. A la conquête d'une identité sexuelle définitive

I-4-1. Poursuite de la construction de l'identité sexuelle à l'adolescence

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'identité sexuée se construit peu à peu. Cette construction commence avant même la conception de l'enfant, dans le psychisme des parents, puis se poursuit dans l'enfance pour se terminer à l'adolescence.

Une des tâches de l'adolescence est l'acquisition d'une identité sexuelle *fixe et irréversible*. Ainsi, c'est à cette période de la vie que se met en place l'identité sexuelle définitive qui constitue « *l'issue heureuse de la négociation de la bisexualité psychique* », selon une citation de F. LADAME ; le développement psychique atteint la forme finale de la masculinité ou de la féminité seulement après la fin de la maturité physique.

Cette acquisition d'une identité sexuelle définitive consiste notamment à se reconnaître dans un corps sexué d'homme ou de femme. Mais, insistons sur le fait que la réalité de ce corps sexué ne doit pas uniquement être perçue, elle doit être représentée

mentalement et intégrée dans la représentation de soi comme sujet adulte. Cette intégration prend du temps, parfois des attitudes régressives peuvent apparaître, l'adolescence durant longtemps. Ainsi, il n'est pas rare que l'adolescent ressente la nécessité de revenir transitoirement à une position infantile de non-pouvoir au regard des imagos parentales⁹⁸.

Pour D. MARCELLI⁹⁹, ce développement de l'identité sexuée se trouve au croisement de *deux lignes* : *une ligne narcissique* qui est la représentation que le sujet a de ce qu'est le sexe dans son corps, et, *une ligne objectale* qui est la dimension relationnelle.

L'auteur parle ainsi de *sexualisation narcissique*, avec différentes étapes :

L'adolescent dans un premier temps doit s'identifier dans son sexe d'appartenance, nous avons vu dans le chapitre précédent que cette reconnaissance s'est faite dès l'enfance, lors de la période oedipienne. L'émergence pubertaire la réactualise.

Dans un deuxième temps il reconnaît l'existence de l'autre sexe, acquis pendant l'enfance. *Puis, il constate qu'il lui manque quelque chose*, la pulsion génitale cherche son objet d'assouvissement, cette phase est spécifique de l'adolescence. En effet, jusque-là l'enfant était comme protégé de ce constat, il était dans la toute-puissance, dans un monde où le fantasme était roi, où les pulsions sexuelles étaient entièrement livrées au fantasme, à l'auto-érotisme infantile. L'enfant n'était pas soumis à l'épreuve de réalité, sa pensée imaginative était sans limites. F. LADAME insiste sur l'absence de délai entre la décharge de l'excitation et sa satisfaction dans l'auto-érotisme infantile, l'enfant ne connaît pas de frustration ; à l'opposé de la sexualité adulte, adolescente où il y a une quête de l'objet séparé de soi, différencié de soi, le délai est indéterminable entre l'émergence du désir et sa satisfaction, le risque de frustration est alors omniprésent à l'adolescence¹⁰⁰.

L'adolescent, ensuite, élabore que l'autre est pourvu de l'autre sexe, c'est la reconnaissance de la complémentarité des sexes.

⁹⁸ Ladame F., « Le développement psychique de l'adolescent et le passage de la sexualité infantile à la sexualité adulte », in Arvis G., Forest M. G. et Sizonenko P. C., *La puberté masculine et ses pathologies*, Progrès en andrologie, Doin, Paris, 1993 (4) : p71-78.

⁹⁹ Marcelli D., « Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence. Quelques questions sur les interactions précoces mère-enfant », in *Adolescence*, 2001, 19, 1, p71-97.

¹⁰⁰ Ladame F., « Identité et identifications sexuées pathologiques », dans le cadre de l'enseignement du Diplôme Inter-Universitaire de Médecine et Santé de l'Adolescent, Facultés de Médecine d'Angers, Poitiers et Tours, année 2004-2005.

Puis, il assume le besoin de cet autre sexe et les conséquences de ce besoin, sans que cela soit une blessure possible pour l'intégrité de son narcissisme, ni une menace potentielle pour son propre sexe.

Une autre ligne d'aménagement concomitante de cette ligne narcissique doit prendre place, celle de la *sexualisation objectale* :

Dans un premier temps, l'adolescent se rapproche de l'objet incestueux, il est poussé vers le parent du sexe opposé, il se trouve alors face à la menace incestueuse.

Puis, il se rapproche de l'objet oedipien indirect, il est confronté à la menace de la confusion identitaire.

Ensuite, il se rapproche de ses pairs, il s'éloigne de l'objet oedipien indirect. Il essaie de trouver des étayages auprès des adolescents de la même génération et souvent du même sexe. Il est confronté à l'homosexualité.

Survient alors la découverte de l'objet d'amour.

Nous aborderons un peu plus loin ces différents temps de la quête objectale de l'adolescent.

I-4-2. La place du corps à l'adolescence. L'acquisition de la différenciation entre homme et femme

Ce qui se joue dans l'intégration de la représentation du corps sexué puissant, c'est la différenciation entre homme et femme : c'est la tâche spécifique de l'adolescence.

L'enfant à *la période de latence* a acquis la différenciation entre garçon et fille, cette différenciation n'est pas du même ordre, elle dépend de la « logique phallique » (opposition entre phallique et châtré, présence ou absence d'un pénis). *Après la puberté*, nous passons de cette logique à celle de la complémentarité des sexes. Soulignons que les deux sexes peuvent être alors considérés comme châtrés puisque aucun des deux n'est complet, n'est auto-suffisant.

L'omnipotence infantile est en lien étroit avec les représentations du corps impubère où tout est possible ; *A la puberté*, nous avons vu précédemment que l'adolescent doit faire face à plusieurs pertes, dont *une perte narcissique*, celle de la perte de l'omnipotence infantile, soit, renoncer à la bisexualité psychique. Le corps pubère est un corps puissant mais le fonctionnement psychique de l'adolescent doit s'inscrire dans la reconnaissance de la finitude et de l'incomplétude (la différence des sexes). *L'irréversibilité* de la

transformation du corps de fille en un corps de femme (en un corps d'homme pour le garçon) est une donnée incontournable de la réalité. Pour compenser cette perte, l'adolescent va investir d'une manière positive l'image de son nouveau corps sexué (féminin ou masculin), bien évidemment lorsque nous sommes en présence d'un dénouement heureux. Cet investissement positif de son corps est *un gain* pour l'adolescent, l'amenant alors à la possibilité de jouissance orgasmique avec un autre.

Ce corps étranger « *perd avec l'adolescence sa familiarité* » comme l'énonce P. JEAMMET¹⁰¹, l'adolescent devra se le réapproprier. Ce corps est révélateur de l'état psychique de l'adolescent, il fait partie de la représentation de soi et est un garant de la continuité du sujet ; mais, il est à la fois perçu par la psyché comme un *corps étranger*, puisque de par ses transformations (les premières éjaculations, les menstruations, l'apparition des caractères sexuels secondaires), il échappe à son contrôle. Ainsi, la psyché subit de manière passive ces transformations corporelles, « *ces réalités* ». Il existe un écart psyché-soma que l'adolescent va essayer de contrôler, il va essayer de maîtriser ses objets internes inconscients. Le corps peut être alors le lieu de « *figuration* » de ces objets internes. Les attaques, les rejets dont il peut être la cible représentent des attaques contre les objets internes et les imagos parentales, atteignant à travers eux le narcissisme de l'adolescent. Le corps est utilisé comme recours possible dans le maintien de l'identité. La marque corporelle vient signer la rupture avec le monde de l'enfance, de la dépendance aux parents. Pour l'auteur, la violence faite au corps serait une tentative de figuration pour l'adolescent de ce qui lui fait le plus violence, le besoin pour lui « *de devoir rompre le cordon ombilical, se détacher du corps maternel pour conquérir une identité qui ne va pas de soi* ». Le risque est que l'adolescent efface toute trace de la représentation de ses parents ; le corps est alors utilisé comme produit de consommation, il a un fonctionnement mécanique (tel que nous le rencontrons dans l'anorexie mentale).

¹⁰¹ Jeammet P., « Corps et psychopathologie de l'adolescent », in *L'information Psychiatrique*, vol. 60, n°8, oct. 1984, p889-903.

I-5. Passage de l'auto-érotisme à la quête d'objet : le choix d'objet sexuel à l'adolescence et ses deux temps, le temps « homo » et le temps « hétéro »

Passer d'une sexualité infantile à une sexualité adulte peut s'envisager comme l'acquisition de la nouvelle potentialité de fécondation, l'acquisition d'un plaisir orgasmique. Mais, cela implique surtout *le passage de l'auto-érotisme infantile à la quête de l'objet*. Nous avons abordé ce point précédemment dans le chapitre consacré au « changement de cap à la puberté ».

A la puberté, nous passons d'une relation d'objet narcissique à une authentique relation d'objet. Dorénavant il s'agit d'un commerce avec *un objet réel* et non plus avec un objet fantasmatique. Ainsi, la réelle quête objectale prend place à la puberté, elle implique le renoncement à l'omnipotence infantile.

Cet objet réel, l'adolescent doit aller le trouver en dehors de lui-même, « *dans un mouvement centrifuge* », et il doit affronter l'éventualité que le désir ne soit pas réciproque, ne soit pas partagé, il doit se confronter au risque de frustration. LADAME souligne le fait que, contrairement aux idées reçues, l'adolescence est fondamentalement « *antinarcissique* » de par ses propres exigences.

Le choix d'objet sexuel résulte de plusieurs mouvements : *le renoncement à la bisexualité psychique de la période infantile*, ceci implique la reconnaissance par l'adolescent de la complémentarité des sexes, *le passage de l'auto-érotisme à l'hétérosexualité* comme nous venons de le voir, *le renoncement à l'amour des parents oedipiens* avec le nécessaire réaménagement des relations aux parents du fait de la menace incestueuse.

Comme le souligne C. TERNYNCK¹⁰², « *les tribulations du choix d'objet sexuel révèlent les incertitudes identitaires, les butées identificatoires et les fragilités narcissiques propres à cet âge et à chacun, mais ne portent pas le sceau d'une identité sexuelle définitive.* »

¹⁰² Ternynck C., « Réflexions sur les homosexualités féminines à l'adolescence », extrait du livre *L'Épreuve du féminin à l'adolescence*, in *Les amours adolescentes*, La lettre du grape, n°45, sept 2001, p33-40.

I-5-1. Le temps « homo »

S. FREUD remarqua déjà, en 1920, que « *les transports homosexuels et amitiés excessivement fortes teintées de sensualité sont choses tout à fait ordinaires, chez l'un comme chez l'autre sexe, dans les premières années qui suivent la puberté.* » (« Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973).

La question de *l'alter ego, du double*, est importante à l'adolescence, notamment lors du passage entre *perte et gain* que nous avons abordé précédemment. Le narcissisme de l'adolescent est fragilisé du fait du sentiment de perte d'amour, par le nécessaire désinvestissement des parents à la puberté, et du fait de l'effondrement, nécessaire également, de la toute-puissance infantile.

Le jeune adolescent cherche alors auprès d'un alter ego un étayage. Il s'agit d'un « temps transitionnel ». Cette recherche du double narcissique est normale *au début de l'adolescence*, sa fonction est de renforcer un narcissisme qui est transitoirement fragilisé. Ce premier temps que nous avons qualifié de « homo » comporte tout de même un risque, celui de faire barrière à la relation à l'objet. Ceci survient lorsque l'amour de son double, autre soi-même, se fait au détriment de l'amour d'un autre différent de soi, conduisant alors l'adolescent vers des organisations narcissiques qui se renferment sur elles-mêmes.

Ce temps « homo » est donc surtout le temps du *jeune adolescent (12-14 ans)*, c'est le temps passé avec les copains, la bande de pairs. Il s'agit de renforcer son narcissisme par une identification groupale, pallier un défaut de construction identitaire. Ce temps de la recherche du même que soi est teinté d'une dimension régressive face à la rencontre avec le sujet de l'autre sexe.

Il peut s'agir également d'un double, d'un ami/ie intime du même sexe, ce type de relation concerne plus *l'adolescente et l'adolescent plus âgé*. Cette relation est purement narcissique, d'étayage, certains auteurs parlent plus de relation « homomorphe » que de véritable relation homosexuelle.

I-5-2. Le temps « hétéro »

« Je n'ai pas eu de premier amour, j'ai débuté par le second : je ne fus amoureux pour la première et dernière fois qu'à l'âge de 6 ans et c'était de ma bonne. » Y. Tourguenieff, *Le premier amour*

Il s'agit du deuxième temps dans la recherche de l'objet sexuel. C'est le temps du petit ami ou de la petite amie, le temps surtout du *grand adolescent*. C'est une relation hétérosexuelle, elle suppose, de la part de l'adolescent, d'avoir intégré la différence et la complémentarité des sexes, ainsi que la différence des désirs. La première intégration suppose certes la capacité de se reconnaître dans un sexe, mais également, et ce point est capital, de reconnaître l'autre sexe. La deuxième intégration confronte l'adolescent à la question de l'altérité du désir.

Le premier amour à l'adolescence s'origine dans l'objet d'amour oedipien, dans la relation avec le parent de sexe opposé. Comme l'illustre S. DAYMAS-LUGASSY au sujet du premier amour d'un adolescent, « *il s'agit en effet d'une brutale effraction narcissique, d'une violence faite au moi par un objet extérieur d'autant plus réel que ses qualités sont projectivement celles qui, dans ce passé non mémorisable où s'est construit le narcissisme primaire, dans ce temps de la mégalomanie infantile, étaient celles de la mère : odeur, saveur, traces acoustiques. [...] Quelle qu'en soit l'expression manifeste, quel qu'en soit le langage, le premier amour peut être considéré comme organisateur de la psyché, inscrit temporellement et datant l'adolescence.* »¹⁰³

Ainsi, lorsque les assises identitaires de l'adolescent sont solides, la quête d'objet doit terminer son cheminement vers l'intimité, vers la relation de couple. Nous ne sommes *plus dans l'interchangeabilité*. En effet, l'objet est rencontré, l'objet d'amour est glorifié, magnifié car il est l'objet du désir sexuel mais il y a *un effet de limitation* nécessaire des pulsions sexuelles par les impératifs sociaux et culturels.

¹⁰³ Daymas-Lugassy S., "Premier amour", in *Rev. franç. Psychanal.*, 3-4/1980, p543-555.

II - Les enjeux de la puberté chez l'adolescente

II-1. Spécificité des identifications chez l'adolescente et passage de l'identité sexuelle féminine à la féminité

Pour F. LADAME¹⁰⁴, le cheminement identificatoire de l'adolescente semble plus difficile que celui du garçon, avec la résurgence inévitable de ce que l'auteur nomme « *le conflit régression/progression* ». Les thématiques pré-oedipiennes et oedipiennes réapparaissent à l'adolescence, l'auteur parle à ce sujet de « *préhistoire revécue* ». Pour lui, en début d'adolescence, « *la captation dans l'univers de la mère préoedipienne est menaçante [...], tant elle est porteuse de possible indifférenciation* ». Pour s'en distancier, l'adolescente se dirigerait alors vers des identifications « *négatives* » (« *tout, sauf « elle »* »).

Le problème central n'est pas la rivalité entre la mère et la fille mais plus la survie émotionnelle et psychique de l'adolescente, « *ne plus faire « Un » avec Mère* ». Idéalement, la relation mère-fille devrait rester ambivalente car l'adolescente ressent toujours le besoin de sa mère. Un des compromis qui s'offre à la jeune fille est l'alter ego, l'amie intime, avec laquelle pourra se poursuivre un vécu de fusion. L'auteur souligne l'attitude ambivalente fréquente des mères envers leur fille, désirant à la fois les voir se tourner vers le monde adulte et ne jamais vouloir les perdre.

Mais, il nous semble que ce mouvement ambivalent semble concerner tout parent (ou toute mère) à l'adolescence de son enfant. Véritable travail psychique que ces parents doivent effectuer à cette période de la vie, ils doivent accepter le fait de n'être plus idéalisés par leur enfant, accepter également qu'ils ne soient plus l'objet d'amour de ce dernier avec la venue du (de la) petit ami. Nous aborderons ce point dans la partie consacrée aux « enjeux de la puberté chez les parents de l'adolescent ».

Pour LADAME, « *l'assomption d'une identité sexuelle féminine et le choix d'un objet hétérosexuel n'exigent certainement pas la « liquidation » de l'attachement aux deux parents oedipiens, pas plus que du lien originare à la Mère, qui est aux fondements de la vie. En fin de compte, je tendrai à me représenter cette évolution d'adolescence*

¹⁰⁴ Ladame F. Op. cit. (81)

beaucoup plus dans une perspective « économique » : qu'est-ce qui est « unifié » et qu'est-ce qui ne l'est pas, des diverses et fluctuantes images d'objet et de soi ?; comment se lient narcissisme et libido d'objet ? Et ce qui importe probablement le plus, pour que ces « liaisons » puissent s'effectuer, c'est la négociation optimale (asymptotique) de chacune des phases du développement, dans l'enfance et dans l'adolescence. Telle ou telle étape est-elle court-circuitée, il en résultera vraisemblablement une « lacune » pour le moi. »

II-2. Quelles différences entre identité féminine et identité masculine ?

Pour F. LADAME, c'est au niveau de l'instance intrapsychique de *l'idéal du moi* que se situent les différences entre l'identité féminine et l'identité masculine : après la fin de l'adolescence, l'idéal du moi chez l'homme serait l'instance la plus « *métaphorique* » et, chez la femme, l'instance la plus « *charnelle* ».

Rappelons que l'idéal du moi est une instance héritière du narcissisme originaire et elle se constitue à l'adolescence, avant l'entrée dans l'âge adulte. Elle est en quelque sorte « le moteur » qui fait avancer le moi. *Chez l'adolescent*, cet idéal du moi se fait par la solution de l'oedipe inversé avec un désir d'attachement au père ; cet *idéal du moi masculin* s'inscrit dans un temps « linéaire », parfois infini. *Chez l'adolescente*, il semble que ce temps soit plus un temps « circulaire » dans l'identité féminine, « *plongeant et replongeant ses racines dans la chair même où il s'origine [...]. Aucune solution si radicale n'étant nécessaire des attachements pré-oedipiens et oedipiens, c'est le privilège de la persistance de l'investissement pulsionnel et émotionnel des diverses imagos construites au fil de l'histoire.* »

Citons, pour conclure, l'auteur au sujet de l'assomption de l'identité féminine et de l'identité masculine à l'adolescence : « *Féminité, masculinité, l'adolescence passée, ces avatars de la bisexualité psychique coloreront de leur spécificité la personnalité adulte. Entrechats d'un temps circulaire et d'un temps linéaire qui dessineront des figures originales chez chaque femme et chez chaque homme.* »

II-3. Spécificité du temps « homo » : étayage de l'identité féminine et du narcissisme

C. TERNYNCK¹⁰⁵ émet l'hypothèse que toute adolescente doit faire l'expérience d'une rencontre avec une autre femme, sous une forme latente le plus souvent, pour pouvoir conquérir son identité féminine.

Ce qui émerge de sa propre expérience de thérapeute auprès d'adolescentes ayant une attirance physique pour une personne du même sexe, c'est l'aspect vitalisant de certaines relations homosexuelles, permettant au sujet de développer le sentiment de sa personne dans son propre corps, dans une impression de plénitude corporelle et sensorielle. Cet aspect vitalisant concerne également le psychisme. Ainsi, l'auteur énonce au sujet de certaines adolescentes : *« à travers ce que, par identification narcissique et (ou) projective, elles pressentent d'elles-mêmes en l'autre femme, et dans la mesure où ce qui est perçu devient aimable, se déploierait ce subtil partage entre investissements objectaux et narcissiques grâce auquel, [...] l'homosexualité féminine trouve, au cours de la crise d'adolescence, sa valeur structurante. Tout se passe alors comme si la recherche d'une proximité affective optimale avec l'objet externe ouvrait la voie à de nouvelles introjections féminines. Un espace d'intériorité se découvre et se creuse, par lequel une jeune fille devient plus attentive, plus intéressée aux mouvements de sa vie psychique, capable d'une meilleure cohabitation avec son monde intérieur. »*

Cette amie, cet alter ego, a une fonction de miroir, elle renvoie à l'adolescente le reflet de sa propre image, *« elle fait alors office de psyché, de surface de mire où il devient possible de saisir quelques reflets de soi, de se (re)saisir à travers l'observation d'un autre soi-même »*. L'auteur insiste sur le fait que si cette relation à ce double idéal semble bénéfique à la puberté c'est parce que l'adolescente ressent en elle-même une *« inquiétante étrangeté »* à ce moment-là de sa vie. Ainsi, cette relation homosexuelle, mais il serait sans doute plus juste de parler de *« rencontre »* homosexuelle, viserait à renforcer un narcissisme affaibli : *« elle trouverait son opportunité transitionnelle en ce qu'à un moment de fragilité identitaire, elle se propose à une adolescente comme métaphore et substitut d'un environnement maternel insuffisamment intériorisé,[...] une*

¹⁰⁵ Ternynck C. Op. cit. (102)

aire d'expériences permettant, au sein de l'illusion, la relance introjective des qualités féminines de la mère. »

Pour que cette expérience homosexuelle reste transitionnelle et pour qu'elle ne s'enlise pas dans un leurre narcissique, il ne suffit pas qu'elle joue ce rôle de substitut maternel auprès de l'adolescente. En effet, l'auteur situe l'économie transitionnelle de cette rencontre homosexuelle lorsqu'une femme désirable comme objet sexuel est en même temps accessible comme objet d'identification, ainsi le destin de cette rencontre homosexuelle demeure introjectif et non palliatif.

II-4. Spécificité de la place du corps

Comme nous l'avons vu précédemment, les difficultés liées au corps sont le champ des conflits internes et externes, de conflits identificatoires à l'adolescence. Les troubles de l'alimentation occupent une place importante de la symptomatologie adolescente féminine. Ils sont en lien avec *le thème de l'oralité*, où à la fois l'amour et l'agressivité orale sont présents, mais ces troubles de l'alimentation sont également en lien avec *le thème de l'analité*, avec les pulsions de contrôle et de maîtrise.

Pour F. LADAME¹⁰⁶, la survenue des premières menstruations vient conflictualiser le rapport de l'adolescente à « *la mère anale* ». En effet, « *le sang qui coule égale excrétion : le saignement qui n'est pas dominable devient « preuve » de l'échec du contrôle sphinctérien. L'évènement doit-il être tenu caché ou signalé au héraut ? Le dilemme intérieur n'est sûrement pas apaisé par l'ambiguïté des attitudes extérieures à cet égard ! [...]. Les préoccupations pour l'intégrité de l'intérieur du corps, les angoisses de blessures et mutilations internes peuvent être exacerbées. « Qui m'a fait cela ? » »*. Cependant, l'apparition des règles permet également à l'adolescente de se défaire du lien de dépendance à sa mère, de s'orienter vers de nouvelles identifications. L'auteur insiste sur le poids des vicissitudes des pulsions agressives anales dans l'adolescence sur la vie adulte. En effet, celles-ci marqueront les capacités réceptives et incorporatives futures, la capacité de faire un choix actif d'un but passif.

¹⁰⁶ Ladame F. Op. cit. (81)

Ainsi, « *probablement l'adolescente est-elle exposée davantage que le garçon aux inconvénients d'une répression plus forte des pulsions sadiques-anales, de leur infléchissement sur soi et de leur projection-déliaison.* »

III - Les enjeux de la puberté chez les parents de l'adolescent

III-1. La seconde phase de séparation-individuation et le travail psychique de « la crise parentale »

A l'adolescence, nous avons vu qu'un des enjeux psychiques pour l'adolescent est de se séparer de ses parents, sans pour autant qu'il se perde lui-même. Comme nous l'avons abordé précédemment, l'adolescent est face à un paradoxe, celui où il doit se séparer de ses parents envers lesquels en même temps il doit s'identifier. Deux menaces contradictoires se profilent alors : la menace de la confusion identitaire avec les imagos parentales et la menace de l'abandon, de la dépression.

P. BLOS, en 1962, a appelé ce conflit psychique « *la seconde phase de séparation-individuation* », pour le renommer récemment comme « *le travail de désengagement du lien à l'objet oedipien* ». Lors de ce conflit, nous assistons, du côté des parents, à une difficulté à se déprendre du lien de l'enfance, du côté de l'adolescent, le besoin de s'en dégager.

Les parents doivent entreprendre un réel travail psychique « *en miroir* » de leur adolescent, c'est « *la crise parentale* »¹⁰⁷. Ils ont à renoncer en partie à leur rôle de parents d'enfant, doivent accepter de ne plus être idéalisés par leur enfant et être remplacés par « un nouvel objet d'amour », le ou la petite ami de leur adolescent. Ils doivent accepter de ne plus être les objets d'investissements privilégiés de leurs enfants.

D. MARCELLI¹⁰⁸ retrouve plusieurs dimensions à cette « *crise parentale* » : *une dimension pulsionnelle* où la menace incestueuse est maintenant possible, aussi bien du

¹⁰⁷ Alvin P., Marcelli D. Op. cit. (92)

¹⁰⁸ Marcelli D., « Adolescence et Parentalité, le passage à l'âge adulte », *Nervure*, Tome VIII, n°4, mai 1995, p33-37.

côté de l'adolescent que des parents, *une dimension « moïque »* où le moi des parents subit différentes pertes du fait du vieillissement (perte de l'exclusivité de la puissance sexuelle dans leur génération par exemple), *une dimension dite régressive* avec la capacité que les parents ont ou pas de se rappeler leur adolescence, *une dimension défensive* avec le désir de maîtrise de l'adolescent de la part des parents du fait des pertes qu'ils subissent et *une dimension symbolique* ou encore appelée « *le service de la dette* », où les parents veulent que leur enfant paye une dette libératoire pour se libérer eux-mêmes de leur dette vis-à-vis de leurs propres parents.

La souplesse du fonctionnement intra-psychique parental est interrogée par les dimensions moïque, régressive et défensive. Les identifications transgénérationnelles des parents, le contre-oedipe parental sont convoqués par la dimension symbolique de la dette.

III-2. La peur des parents vis-à-vis de la sexualité de leur adolescent

Pour M. BYDLOWSKI¹⁰⁹, il existe un malentendu entre les parents et les adolescents au sujet de la sexualité de ces derniers. Les adultes semblent méconnaître la dimension de « sensorialité-sensualité » qui caractérise la sexualité des adolescents. Ils redoutent l'hypersexualité et ses risques réels, tels que les maladies sexuellement transmissibles, le SIDA, la promiscuité sexuelle, la grossesse. Ainsi, l'information sexuelle délivrée aux adolescents risque d'être traumatisante, surtout si elle est centrée sur la sexualité génitale. Il serait plus juste de la centrer sur la sensualité-sensorialité. Elle ajoute, « *souligner le risque de contagion, la gravité du SIDA, peut être vécu comme une suspicion intolérable et offensante.* »

¹⁰⁹ Bydlowski M., « Adolescence. Être parent face aux amours adolescentes », in *Gynécologie et Psychosomatique*, n°5, 1992, p10-13.

III-3. Les enjeux de la puberté chez la mère de l'adolescente

III-3-1. Les relations mère-fille à la puberté

La psychiatre allemande T. SCHONFELDER¹¹⁰ s'est intéressée aux relations mère-fille à la puberté.

Elle nous fait part de sa rencontre avec 3 jeunes filles sur le thème de la puberté. Pour elle, les relations mère-fille peuvent être appréhendées selon *deux points de vue* : le *premier* semble banal et de ce fait est souvent méconnu dans son effet sur la relation, il n'y a pas de mère qui n'ait été ou ne soit fille. L'identité des sexes induit une relation identificatoire particulière, ainsi la fille se prête à des projections de sentiment que la mère a envers elle-même. *Le deuxième point de vue* est que les femmes acquièrent leur sentiment de soi de l'accomplissement des expériences qui sont liées au rôle sexuel.

La mère, lors de la puberté de sa fille, semble être détournée de ses propres possibilités de croissance par les modifications corporelles reconnaissables et les non moins reconnaissables évolutions psychiques de sa fille vers « *l'être-femme* ». Elle se soucie de la sexualité de sa fille, soit elle la jalouera en adoptant des attitudes éducatives rigides envers elle, soit elle s'identifiera à elle, « *dans un rajeunissement régressif qui se traduit dans l'aspect et l'habillement.* »

Au sujet de la sexualité dans la relation mère-fille, l'auteur montre que ce thème est peu abordé spontanément par les adolescentes. De par son expérience de thérapeute à partir d'entretiens avec des adolescentes et leurs mères, il semble que la sexualité peut être certes abordée entre mère et fille sur *le plan fonctionnel* mais très difficilement sur *le plan du vécu*. Elle ajoute qu'« *il ne s'agit pas seulement d'angoisse ou d'indiscrétion, il s'agit, comme Marie l'a exprimé, d'angoisse devant l'autre et d'angoisse au sujet de l'autre (féminin). Il s'agit tout particulièrement de la propre identité sexuelle féminine, au vrai sens du terme, qu'il s'agit d'étaler, de mettre à nu. Quelle mère s'expose volontiers, si elle n'est pas sûre de son « affaire » ? L'« affaire » concerne la signification existentielle du fait d'être femme. Elle concerne ses relations avec les*

¹¹⁰ Schonfelder T., « Mères et leurs filles en puberté », in *Confrontations psychiatriques*, n°29, 1987, p77-90.

partenaires, dans le cas de la fille, à son père. Nous ne pouvons compter sur de la franchise que si la mère et la fille sont solidaires, en tant que jeunes femmes en devenir et non en tant que « petites filles », ou en tant que concurrentes en rivalité [...]. L'ouverture réciproque n'est possible que dans la sécurité lorsqu'il n'y a pas de risque de blessure ou de tabou, ni sur le plan social, ni sur le plan personnel. Je souhaiterais que les mères puissent opérer cette ouverture tout d'abord auprès d'elles-mêmes, et n'aient pas à pénétrer d'abord dans la fille verrouillée. Alors celle-ci pourrait peut-être également parler d'elle-même. »

SCHONFELDER conclut sur un questionnement et des vœux émis vis-à-vis de la relation mère-fille et notamment au moment de la puberté : *« Les femmes peuvent-elles se donner le temps de remarquer des modifications et de les accepter ? Peuvent-elles réagir autrement que par des gémissements au changement irritant et douloureux de l'attirance et du rejet, des vœux de dépendance et de détachement. Puisse ce temps passer très vite [...]. La phase de vie de la puberté de la fille n'est-elle pas une chance pour la mère pour mettre de l'ordre en elle-même, dans la perspective d'une élaboration identificatoire et projective de l'image de cette fille et dans la perspective aussi des besoins qui sont restés insatisfaits, ceux de la petite fille qui vit en elle ? Et inversement : la fille ne procède-t-elle pas à un aménagement dans la perspective d'une image de mère ? En définitive, les deux peuvent-elles apprendre à donner un espace à leurs propres sentiments de deuil, dans le sens où il n'y aura plus de mère fantasmée et nourissante sans limites [...] ? Il est peut-être nécessaire d'avoir un no man's-land entre elles ».*

III-3-2. La nécessaire reconnaissance de la féminité de la fille par sa mère

L'adolescence implique pour la jeune fille le passage de l'identité sexuelle féminine à la féminité, à « l'être-femme » comme l'évoquait T. SCHONFELDER ci-dessus. La mère de l'adolescente doit maintenant reconnaître la féminité de sa fille, désormais dans le sens d'une relation d'objet libidinal. L'identité sexuelle féminine qui se construit *durant l'enfance* ne renvoyait pas à cette dimension libidinale. *A l'adolescence*, la mère et la fille se retrouvent sur un terrain de rivalité, la mère découvre la sexualité de sa fille, une sexualité génitale, adulte. Sa fille a aussi une vie sexuelle et elle peut être l'objet du désir d'un autre qu'elle. Ce constat est douloureux pour la mère à cette période de la vie,

un réel travail psychique de sa part doit s'opérer, comme nous l'avons évoqué précédemment dans le chapitre consacré à « la crise parentale ».

Citons C. ELIACHEFF¹¹¹ à ce propos : « *Mères qualifiées parfois de « possessives » ou « fusionnelles », elles voient le moment où l'objet de leur amour va s'émanciper, se tourner vers d'autres sources de gratifications : les amies filles, puis les hommes, qui combleront une aspiration que la mère, aussi aimante soit-elle, ne peut apporter. Car la fille en tant que femme, en tant qu'être sexué, n'est plus la fille en tant qu'enfant. [...] Exclues de la vie amicale ou amoureuse de leur fille, elles chercheront peut-être à retarder ce moment funeste, en la coupant du monde ; ou bien à s'immiscer dans ces relations en en conservant le contrôle, histoire, bien-sûr, de ne pas laisser l'enfant s'égarer... »*

D - LES ENJEUX DE LA MATERNITE

I - Les enjeux de la maternité chez toute mère

« *Tout chez la femme est énigme et tout chez la femme a une solution unique, laquelle a nom grossesse* » F. Nietzsche (cité par M. Bydlowski)¹¹²

Qu'est-ce que devenir mère ? Comment passe-t-on de la fiction féminine à la fiction maternelle ?

« *Etre mère ne signifie pas faire un enfant ou encore accoucher d'un enfant, mais le « faire naître ». Il s'agit « d'instituer le ventre » pour que la femme accède à la fiction de la mère.* » C. Ferbos¹¹³

Pour M. BYDLOWSKI¹¹⁴, devenir mère requiert trois exigences : le désir d'enfant, les exigences de la problématique oedipienne infantile et la rencontre sexuelle avec un compagnon adéquat.

¹¹¹ Eliacheff C., Heinich N., *Mères-filles, une relation à trois*, Paris, Ed. Albin Michel 2002, 420p.

¹¹² Bydlowski M., *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*, Ed. Odile Jacob 2000, 186p.

¹¹³ Ferbos C., « Fils de...Fille de... », in *L'Evolution Psychiatrique*, 54, 1, 1989, p93-104.

¹¹⁴ Bydlowski M., « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie », in *Devenir père, devenir mère, naissance et parentalité*, sous la dir. de M. Dugnat, Ed. Erès 2000, p75-81.

Devenir mère implique un compromis entre l'attachement à la mère des premiers soins, « *source de vie et de tendresse* », et le nécessaire échange de l'objet d'amour maternel contre l'objet d'amour paternel à la période oedipienne.

Devenir mère suppose également que la qualité de la relation qu'une femme a avec sa mère soit bonne. Ainsi, l'auteur cite G. GRODDECK à ce propos : « *les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant. La haine ne permet pas de s'inscrire dans la continuité. Le désir de vengeance barre la transmission.* »

Devenir mère demande également la reconnaissance d'une gratitude envers sa propre mère, celle qui a donné la vie initialement. C'est *la dette de vie* ou le devoir de gratitude qui circule de mère à fille. Cette dette de vie survient essentiellement à l'occasion de la première maternité. Par le premier enfant, une femme règle sa dette vis-à-vis de sa propre mère et c'est finalement reconnaître que ce premier enfant c'est de sa mère qu'on l'a désiré. Ainsi, la vie n'est pas un cadeau gratuit, il faut rembourser ce que nous avons reçu.

BYDLOWSKI a souligné la nécessaire référence à une image maternelle lors de la grossesse, l'identification à une autre femme : « *L'expérience de la maternité nécessite la chaleur d'autres femmes, mère, sœurs ou cousines. [...] L'identification à une image maternelle positive est une nécessité pour la jeune femme qui attend un enfant. [...] Il s'agit de se reconnaître femme, mère en puissance, inspirée par une autre* ». Cette référence maternelle est illustrée par la présence traditionnelle de femmes auprès des femmes qui accouchent, telles que les sages-femmes. C'est ce que l'auteur énonce comme « *l'institution sociale* » de l'image maternelle.

Ainsi, la seule femme à laquelle une mère puisse confier son enfant sans arrière-pensée est sa propre mère *idéalisée*. L'idéalisation maternelle est nécessaire pour le bon déroulement de la grossesse sur le plan psychique, elle constitue le fantasme d'un double narcissique ; il s'agit bien d'une idéalisation puisque souvent de nombreux conflits ont marqué la relation mère-fille avant la grossesse et reprendront après la naissance.

S. LEOVICI¹¹⁵ insiste sur le rôle de l'attachement de l'enfant dans la création de toute identité maternelle, dans le processus de parentalisation : « *Il est [...] vrai que l'enfant distingue très tôt, beaucoup plus tôt qu'on ne le disait autrefois, son père et sa mère, mais les modalités de son attachement sont modélisées par ses interactions avec les soins maternels et c'est son attachement, dont le rôle est si important dans le processus de parentalisation, qui crée surtout l'identité maternelle. Winnicott [...] écrivait que le bébé qui regarde sa mère voit à la fois les prunelles de celle-ci et le regard qu'elle porte sur lui : la voyant le regarder, il la fait mère, comme il a chance d'exercer ce rôle pour les autres membres de la famille.* »

Pour B. CRAMER¹¹⁶, il existe une double origine des idéaux et des représentations du monde pour chacun. *D'une part*, il y a une *filiation inconsciente* qui comporte l'histoire et même la préhistoire du sujet. Elle serait à l'origine de concepts cliniques utilisés dans les psychothérapies du nourrisson, tels que les interactions fantasmatiques, la transmission transgénérationnelle. Ce type de filiation inclut également les représentations traditionnelles de la mère et de la maternité, où « *dans cette morale privée* » comme il l'énonce, le bébé est un plus, « *une femme ne peut être vraiment femme que si elle devient mère* ». Mais, il existe *d'autre part* une autre filiation, celle des représentations et des idéaux du sujet, qui est le fruit des expériences, des rencontres, du contexte socio-culturel dans lequel vit le sujet.

I-1. L'expérience de la maternité : une phase du développement psycho-affectif de la femme, un moment de « crise identitaire » et de « folie normale »

P-C. RACAMIER^{117/118} considère la maternité comme une véritable phase du développement psycho-affectif de la femme, du développement de la personnalité féminine. Cet auteur est le premier à introduire en France, dans les années 60, le terme

¹¹⁵ Lebovici S., « Du côté de l'enfant », in *Monoparentalités : échec ou défi ?*, série Mutations, n°134, Ed. autrement, janv. 1993, p114-125.

¹¹⁶ Cramer B. cité par Guédeney N., « Dépressions maternelles post-natales, « devenir mère » ou « qu'il existe bien une différence des sexes » », in *Devenir*, vol. 9, n°2, 1997, p21-32.

¹¹⁷ Racamier P-C., « A propos des psychoses de la maternalité », in *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, sous la dir. de M. Soulé, 3ème Ed. ESF, La vie de l'enfant, 1980, p 41-50.

¹¹⁸ Racamier P-C., « La maternalité psychotique », in *De psychanalyse en psychiatrie*, Bibliothèque scientifique Payot, Ed. Payot et Rivages 1998, p193-229.

de « Maternité » (traduit de l'anglais « Motherhood »), regroupant l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent chez la femme lors de la maternité.

Comme toute phase de développement, la maternité suppose un double aspect de « crise » et « d'intégration » des pulsions, du moi, et de l'identité personnelle ou du self. C'est ce pouvoir « réintégreur » de la maternité qui lui confère sa qualité de phase de développement.

Ainsi, lors de la maternité, les images des périodes pré-oedipienne et oedipienne avec leurs conflits affluent, pour s'immiscer dans la dyade mère-enfant. Nous assistons à une réactivation des pulsions orales de type agressives, des expériences infantiles de satisfaction et de frustration de *la phase orale*, n'oublions pas que « *la mère de l'enfant est en même temps l'enfant de sa mère* ». De ces expériences sont restées les images contrastées de la mère de la période pré-oedipienne (la mère aimante, aimée et la mère privatrice, menaçante). L'auteur ajoute « *ces images, prises, repoussées, reprises et remaniées comme galets par la mer au gré des poussées instinctuelles, viennent se projeter sur la représentation que la femme se fait maintenant de la mère qu'elle est et de l'enfant qu'elle a. [...] Le destin de la maternité dépend du problème central de l'identification à la mère.* »

Les positions de *l'analité* (l'investissement narcissique positif ou négatif de l'enfant) et de *la phase phallique* (l'équivalence de l'enfant au pénis) sont également convoquées à cette période. La *phase oedipienne* et le problème de l'identification à la mère sont réactivés, l'issue du complexe d'Œdipe dictera les relations de la mère avec le père imaginaire et le père réel de son enfant.

Cependant, P-C. RACAMIER insiste sur le fait que ce processus de maternité n'est pas toujours concomitant de celui de la maternité. En effet, certaines femmes peuvent vivre leur grossesse sans en être affectées, la maternité est alors différée. L'auteur établit un parallèle avec la puberté qui ne conduit pas nécessairement au processus psycho-affectif de l'adolescence, ce dernier pouvant se révéler plus tard sur un mode parfois violent.

La maternité est une « *crise d'identité* », selon les propos d'E. H. ERIKSON, une réelle crise de la personnalité. Ce terme suppose la notion de grande transformation, d'issue aléatoire mais potentiellement maturative, qui survient par rupture d'un équilibre

antérieur et qui peut conduire à un équilibre nouveau. Cette crise débute pendant la grossesse et continue après la naissance. Nous verrons un peu plus loin dans ce travail que RACAMIER la compare à la « crise identitaire » qui survient au moment de l'adolescence.

De plus, il constate que « *la maternité est une phase où le fonctionnement psychique s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité « psychotique »* ». Ce ne sont pas de véritables signes cliniques psychotiques mais il existe « *une organisation du moi et de la personnalité telle qu'il s'en cristallise dans les états psychotiques* ». Le sentiment d'identité personnelle devient fragile, fluctuant et la relation d'objet survient sur le mode de la confusion de soi et d'autrui.

Cet état psychique particulier que suscite la maternité avait été décrit par D. W. WINNICOTT¹¹⁹ en 1956. Il l'a qualifié de « préoccupation maternelle primaire ». Il s'agit d'une « maladie normale », d'une « folie normale » que l'on observe chez toute femme enceinte, qui, en l'absence de l'enfant, pourrait être prise pour une véritable pathologie mentale. Cet état psychique se développe progressivement pour atteindre son maximum de sensibilité essentiellement à la fin de la grossesse et dure pendant les premières semaines après la naissance. La mère s'identifie à son nouveau-né sur le mode d'une identification projective, ayant ainsi la capacité d'empathie pour savoir ce dont il a besoin. L'auteur ajoute que les mères ne se souviennent pas ou peu après de cet état psychique, jusqu'à en refouler le souvenir.

Il énonce ainsi : « *Cet état organisé [...] pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus.* »

La définition de la « maternité » telle que nous la trouvons dans le dictionnaire Le Petit Robert (édition 2004) est la suivante : *Etat, qualité de mère. Lien juridique qui unit l'enfant à sa mère ; sentiment maternel ; fonction génératrice de la femme, le fait de porter et de mettre au monde un enfant ; établissement ou service hospitalier qui assure*

¹¹⁹ Winnicott D. W., « La préoccupation maternelle primaire (1956) », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot 1969, p285-291.

le suivi médical des femmes enceintes et accueille les parturientes ; tableau représentant une mère avec son ou ses enfants.

Ainsi, la maternité est considérée comme l'apanage du sexe féminin ; elle évoque la femme et la féminité. Cependant, elle n'est pas une expérience proprement féminine : en effet, beaucoup d'hommes s'investissent dans les soins dispensés au nouveau-né.

Pour M. BYDLOWSKI, la maternité s'origine dans la part féminine de la bisexualité psychique dont disposent tous les êtres humains *des deux sexes*. Ainsi, il n'est pas rare que cette aptitude maternelle de l'homme engendre une rivalité dans le couple vis-à-vis du nouveau-né. Pour l'auteur, seuls la différence anatomique, le caractère concret de la grossesse et de l'accouchement marqueraient un écart entre la maternité psychique de l'homme et celle de la femme.

I-2. Maternité et désir d'enfant

Autrefois, la crainte de risquer sa vie lors de l'accouchement était vive, de même que la crainte de souffrir atrocement, ce que l'on dénommait par le « *mal joli* ». Puis, apparaît dans les années 60 la « *génération du refus* », selon une formule d' Y. KNIBIEHLER. C'est le refus de la maternité comme destin incontournable, le refus des modèles maternels traditionnels des générations antérieures. Mais, la génération actuelle des femmes en âge de procréer semble moins militante. L'avènement de la contraception, du droit à l'interruption de grossesse permettent aux femmes le contrôle de leur fertilité, les grossesses sont dorénavant programmées. Le nombre de naissances a diminué, l'âge moyen de la première maternité est chaque année plus tardif, il se situe actuellement autour de 29 ans.

Il semble alors que le désir d'enfant soit devenu une démarche consciente et raisonnable, voire programmée. Ce souhait conscient s'organise dans un plan de vie en lien avec les idéaux sociaux et familiaux de chacun. Mais, ce projet conscient d'enfant est toujours teinté de significations inconscientes « *qui viendront faire retour dans cet étranger-familier, l'enfant* ». Ainsi, « *l'intention d'une programmation consciente des naissances*

est une idée très ancienne, et pourtant un souhait inconscient, ignoré, détermine la venue et le nombre de nos enfants. »^{120/121}

« L'enjeu de la transmission de la vie est ainsi d'édifier un corps humain neuf, déjà habité d'une mémoire et promis au langage.[...] Avant même d'avoir poussé son premier cri, l'enfant est ainsi déjà inscrit dans un « après-coup ». Il est porteur d'un passé méconnu de ses parents. »

Différences entre le désir de grossesse et le désir d'enfant

Il apparaît important de différencier le désir de grossesse du désir d'enfant, « *comme sujet distinct de soi* ». Il semble que certaines grossesses n'aient d'autre finalité qu'elles-mêmes. Ces femmes veulent vérifier leur bon fonctionnement interrogé par la prise d'une contraception, ou encore pour éprouver un sentiment de plénitude, « *quelque chose en plus* », une complétude. Cet « *en plus* » renvoie soit à un déni de la castration féminine, soit, dans un mouvement plus archaïque, à la nostalgie d'une complétude narcissique. Le désir ici est celui de retrouvailles avec une oralité première, « *être grosse, c'est moins avoir un enfant qu'être soi-même l'enfant nourri dans l'ivresse de la satisfaction* ». Ce désir se réalise dans l'imaginaire de la femme dans les jours qui précèdent l'accouchement, dans un envahissement narcissique et de retour à une « *béatitude originelle* ». M. BYDLOWSKI parle à ce sujet de « *pause nirvanique* ». Mais ces grossesses, comme étape vers la naissance d'un enfant réel, peuvent conduire au choix d'une contraception par avortements répétitifs, l'acte d'extraction du fœtus venant conforter la femme dans la maîtrise de cet « *en plus* » qui vient à pousser et qu'elle peut se faire enlever¹²².

Le désir d'enfant est un processus complexe, où se mêlent des *souhais conscients* d'immortalité, ressembler à ses parents dans un mouvement identificatoire, et des *significations inconscientes*, méconnues des deux parents eux-mêmes. En effet, ce désir d'enfant s'articule dans la propre histoire des deux parents, nous verrons un peu plus

¹²⁰ Bydlowski M., « L'atelier maternel », in *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*, Ed. Odile Jacob 2000, p15-29.

¹²¹ Bydlowski M., « Désirer un enfant ou enfanter un désir, approche psychanalytique de la maternité », in *Désir d'enfant, refus d'enfant*, Ed. Stock Pernoud, 1980, p85-104.

¹²² Bydlowski M., « Le désir d'enfant au féminin et sa relation à l'inconscient », in *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Ed. PUF 1997, Collec. Le fil rouge, , p65-89.

loin qu'il revêt deux composantes, *l'une narcissique*, le désir de retrouver la mère des premiers temps et *l'autre oedipienne*, le désir d'avoir un enfant du père.

Qu'est-ce que désirer ? Si désirer c'est se représenter l'objet manquant, alors aucun objet réel, tel que l'enfant ici, ne peut satisfaire cette représentation idéale. Ainsi, « *à peine né, l'enfant réel est décevant.* » L'enfant du désir manque à l'appel de la réalité, mais l'espace de cette déception laisse également une place où l'enfant né pourra grandir.

Nous constatons donc que le désir d'enfant est un processus non saturable ; cette non-saturation du désir d'enfant est illustrée par un rituel de deuil que l'on retrouve dans les coutumes de sociétés primitives autour du placenta. Ainsi, ce dernier est enterré, incinéré ou immergé. Il représente le double mort de l'enfant vivant. Ce rituel montre que tout enfant vivant a pour double un enfant mort au désir de sa mère. Le désir inconscient maternel ne se satisfait jamais totalement d'aucun enfant vivant.

A l'opposé, le besoin d'enfant est un processus saturable, il peut toujours être satisfait, comme l'illustrent les techniques d'assistance médicale à la procréation.

Genèse du désir d'enfant, de quel enfant s'agit-il ?

« Avant toute réalisation, l'enfant est imaginaire. Il est celui que chaque femme, même la plus sincère dans son refus de maternité, a un jour désiré. Il est l'enfant manquant à l'appel de celles qui, par plusieurs naissances, ont comblé leur désir de procréation mais non leur désir d'enfant. Il est l'enfant suivant dont rêve presque toute accouchée devant son nouveau-né vivant. Imaginé, l'enfant est supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. L'enfant imaginé est l'objet par excellence. Il s'agit moins d'un bébé concret que le désir d'enfant / désir d'enfance / réalisation d'un souhait infantile. »¹²³

Chez la petite fille et chez la femme :

Chez la fillette, les origines du fantasme d'enfant (l'enfant imaginaire) se situent à la période pré-oedipienne. Au début, la petite fille voudra détruire le corps de la Mère, et

¹²³ Bydlowski M., Op. cit. (120)

plus précisément le ventre et son contenu. Puis, elle souhaitera voler le contenu de ce corps pour avoir un enfant pour elle¹²⁴.

L'enfant imaginaire du stade anal a soit une valeur précieuse, « *de trésor* », soit il est considéré comme étant « *un poison intracorporel* » dans un contexte fantasmatique de gestation intestinale. A ce stade du développement psychosexuel et affectif de l'enfant, l'investissement de l'enfant imaginaire vise à combler les failles narcissiques de l'enfant, à surmonter sa solitude face au couple parental. Citons S. FREUD au sujet de cette théorie sexuelle infantile d'une naissance cloacale : « *Si l'enfant croît dans le corps de la mère puis s'en trouve enlevé, cela ne peut se produire que par un seul chemin, l'orifice intestinal. L'enfant doit être évacué comme un excrément, une selle* ». ¹²⁵ Il s'agit de « *l'enfant fèces* » offert en cadeau à la mère.

Puis, survient l'enfant du désir oedipien. Pour S. FREUD c'est le désir d'obtenir du père le pénis qui se transforme en désir d'avoir un enfant du père, « *l'enfant pénis* » de la période phallique et oedipienne. L'enfant imaginaire de la période oedipienne est incestueux mais caché, il est le fruit de l'amour oedipien pour le père, amour tenu secret vis-à-vis de la mère. Pour M. SOULE, « *la relation et la manipulation psychique de l'Enfant Imaginaire a « valeur masturbatoire* ». *Il permet une relation auto-érotique* ». Cet enfant imaginaire est également omnipotent, réalisant la mégalomanie infantile de sa mère, il est « *l'enfant idéal élevé par une mère idéale de façon idéale.[...] La mère, avec son enfant, est le Phallus. La femme jouant avec son enfant a un pénis.* »

A la période de latence, le désir d'enfant subit un refoulement. Les investissements se tournent vers d'autres intérêts (la vie scolaire par exemple).

A la puberté, le corps de l'adolescent (dans les deux sexes) ressemble de plus en plus au corps sexué du parent du même sexe. Nous aborderons un peu plus loin la question du désir d'enfant chez l'adolescente.

¹²⁴ Soulé M., « L'enfant dans la tête - L'enfant imaginaire », in *La dynamique du nourrisson, ou quoi de neuf bébé ?*, sous la dir. de T. B. Brazelton, Ed. ESF, 1983, p136-175.

¹²⁵ Freud S., « Les théories sexuelles infantiles (1908) », in *La vie sexuelle*, Ed. PUF 1969, p14-27.

« C'est « un enfant qui rend adulte ». Avec lui, la différence des générations est abolie. Il rend magiquement la mère comparable à la Mère. [...] L'Enfant Imaginaire est donc « investi par la femme d'une projection narcissique » considérable : c'est un autre elle-même satisfaisant, c'est un enfant comme sa propre mère avait rêvé en avoir un, mais comme elle-même ne l'a pas été. »

Chez le petit garçon et chez l'homme :

Le désir d'enfant du petit garçon s'origine à la période pré-oedipienne, comme chez la fillette. Il désire également le pouvoir d'avoir un enfant comme la mère. Ainsi, ce n'est pas tant un enfant réel qui est désiré mais c'est de posséder le pouvoir d'en faire, dans un mouvement d'identification à la mère « dans sa plénitude ». Il aura lui aussi des fantasmes agressifs vis-à-vis du ventre maternel et de son contenu.

S. FREUD¹²⁶ a repéré le désir de grossesse et le désir d'enfant d'un petit garçon de 5 ans, le petit Hans, qu'il a suivi en psychothérapie : « *(Le père du petit garçon) Mais seules les femmes ont des enfants, (Hans) j'aurai une petite fille, [...] (le père) mais tu ne peux pas avoir de petite fille, (Hans) oh si ! Les petits garçons ont des filles et les petites filles des garçons.* ». FREUD ajoute « [...] Cette contradiction flagrante est celle qui existe entre l'imagination et la réalité, entre désirer et avoir. Il sait qu'il est en réalité un enfant, et que d'autres enfants pourraient le gêner ; en imagination, il est mère et a besoin d'enfants avec qui renouveler les tendresses dont il a déjà fait lui-même l'objet. »

Il existe dans le désir d'enfant chez le petit garçon une composante féminine, par identification à sa mère, et une composante homosexuelle, avoir comme sa mère un enfant du père. Plus tard, il devra faire le deuil d'une grossesse chez l'homme. Ce désir de grossesse aura différentes destinées : *la sublimation et le déplacement*, en cherchant des enfants ailleurs, dans d'autres domaines, conquérir l'immortalité par d'autres moyens (l'ambition, la réussite), *ou le refoulement et la formation réactionnelle*, refoulement appuyé par l'entourage, il s'agit de refouler la dimension féminine de la paternité, la part féminine de la bisexualité psychique. Nous rencontrons dans la clinique

¹²⁶ Freud S., « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans) », in *Cinq psychanalyses*, Ed. PUF 1966, p93-198.

de la paternité des échecs à ces mécanismes, tels que les couvades des pères, les fuites des hommes pendant la grossesse ou peu après l'accouchement, les dénis de paternité.

Le désir d'enfant de l'homme passe souvent pour être celui de sa compagne, dans un mouvement de dénégation. Fuir dans la non-paternité lui permettrait de rester le fils perpétuel, l'enfant merveilleux d'antan. La grossesse de sa compagne réveille chez l'homme l'angoisse de castration, « *vu par l'homme, il n'y aurait pas de place pour deux enfants à la fois auprès d'une seule femme. Cela pourrait aussi s'énoncer : si l'enfant est le phallus, il n'y en a que pour elle. Si elle l'a gagné, je l'ai perdu* ». ¹²⁷ Ainsi, la paternité implique chez l'homme de pouvoir réaménager ses positions infantiles et notamment sa position de fils, élaborer les angoisses de la période oedipienne.

Chez la femme enceinte :

L'enfant que la femme enceinte imagine, l'enfant imaginaire, apparaît au 2^{ème} trimestre de la grossesse. Au début de la grossesse, il existe une période de « *blanc d'enfant* », selon une formulation de M. SOULE, où prédomine la satisfaction narcissique d'être enceinte. Puis, peu à peu, avec les perceptions corporelles que le fœtus suscite, la relation fantasmatique avec l'enfant à venir se développe, l'enfant est imaginé. Soulignons que cet enfant imaginé par sa mère ne correspond pas au stade embryogénétique du fœtus à ce moment-là de la grossesse.

Pour M. BYDLOWSKI, l'enfant demeure non représentable jusqu'à l'accouchement, il n'est pas réel : « *corps non représentable, corps non réel, ce que la femme enceinte entoure de ses bras, c'est un ventre, pas un enfant ; un ventre porteur de tous les mystères, même si d'expérience elle sait que ce n'est qu'un enfant au visage encore inconnu.* »

Le fantasme d'enfant imaginaire ne s'évapore pas avec la venue de l'enfant réel, sans cela les parents n'auraient qu'un seul enfant. Certains parents qui ont de nombreux enfants semblent ne jamais être satisfaits par les enfants réels, entretenant une relation intense avec un enfant imaginaire.

¹²⁷ Bydlowski M., « Désir d'enfant et paternité », in *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Ed. PUF 1997, Collec. Le fil rouge, , p101-110.

Les deux composantes du désir d'enfant

Dans tout désir d'enfant, nous retrouvons le souhait de retrouver la mère des premiers soins, de la période pré-oedipienne. C'est la composante narcissique du désir d'enfant, l'identification à la mère des premiers temps de la vie. Ainsi, « *en enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère : elle la devient, elle la prolonge en se différenciant d'elle.[...] Sur le versant homosexuel de la maternité, enfanter, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi.* »¹²⁸

Mais le souhait incestueux d'avoir un enfant du père est également présent dans tout désir d'enfant. C'est la composante oedipienne du désir d'enfant, décrite par S. FREUD : c'est le désir de la petite fille d'avoir l'organe masculin du père qu'elle n'a pas, qui se transforme ensuite en désir d'avoir un enfant de celui-ci. Le père agit comme *tiers séparateur* de l'objet d'amour qu'est la mère, condition sine qua non au désir d'enfant. Ainsi, la menace d'une castration symbolique par le père introduit le désir oedipien qui trouvera son apogée dans le désir d'enfant. Cette composante oedipienne est d'autant plus vive qu'il s'agit d'une première grossesse.

L'ambivalence du désir d'enfant

« *L'ambivalence est inscrite au cœur de tout amour humain, et l'amour maternel ne fait pas exception* » M. Bydlowski (in *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*)

Souhaiter que l'enfant vive nous paraît naturel, mais des souhaits inverses peuvent se voir, à savoir qu'il ne vive pas. En effet, les souhaits de mort vis-à-vis des êtres chers font partie de notre vie quotidienne et restent sans effet sur ceux qu'ils visent s'ils sont clairement énoncés. Ainsi, la fillette le sait bien lorsqu'elle dit à sa mère : « *quand tu seras morte, j'épouserai papa* ». Mais ces vœux de mort normaux ont tendance à être refoulés dans l'inconscient. Deux destins se profilent alors : soit ils peuvent idéaliser l'objet qu'ils visent, notamment l'enfant ; *l'idéalisation est une formation réactionnelle* qui est efficace contre les pulsions destructrices, l'idéalisation de l'enfant lui fait porter la charge pesante d'être parfait, être à la hauteur des attentes qui l'ont précédé. L'autre

¹²⁸ Bydlowski M., « Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation », in *Le monde du bébé*, Paris, Ed. PUF 1990, p57-65.

destin possible à ces vœux de mort est leur transformation en *surprotection anxieuse*, certaines mères réveillant leurs nouveau-nés pour s'assurer qu'ils sont toujours vivants. Parfois, dans certaines circonstances, la mère voit réapparaître ses sentiments de haine, pouvant conduire à des actes de maltraitance envers l'enfant.

D. W. WINNICOTT¹²⁹ avait déjà repéré ces sentiments de haine qu'éprouve une mère normale à l'égard de son nouveau-né : « *la mère hait son petit enfant dès le début.[...] Il faut qu'une mère puisse tolérer de haïr son enfant sans rien y faire. Elle ne peut lui exprimer sa haine. Si, par crainte de ce qu'elle peut faire, elle ne peut pas haïr comme il convient lorsque son enfant lui fait mal, elle a recours au masochisme [...]* ». L'auteur donne quelques-unes des raisons pour lesquelles une mère hait son petit enfant, en voici un extrait (non exhaustif): « *L'enfant est un danger pour son corps pendant la grossesse et à la naissance. L'enfant représente une interférence dans sa vie privée, un défi à l'occupation antérieure. Dans une plus ou moins large mesure, une mère a le sentiment que sa mère à elle exige un enfant, de sorte que son enfant est produit pour se concilier sa mère [...]*. »

Soulignons que le fœtus, comme précurseur du bébé, est lui aussi investi dans l'ambivalence. Il peut être désinvesti voire être objet de haine lorsqu'il ne répond pas à l'attente des parents, et, particulièrement lorsqu'il est porteur d'une anomalie. Ce bébé est trop différent de l'enfant imaginaire. Le souhait de mort devient un souhait conscient car il mène à l'interruption médicale de grossesse, à la mort de ce fœtus. S'associe souvent alors une culpabilité pesante qui devrait être exprimée et élaborée.

Cette haine par les parents à l'égard du fœtus est souvent déplacée, à la manière d'une identification projective (mécanisme défensif), sur ceux qui ont découvert l'anomalie ou qui ont suivi cette grossesse, tels que les obstétriciens, les échographistes. Mais, ce sentiment de haine envers le fœtus peut se voir également chez l'échographiste ; en effet, ce fœtus l'oblige à annoncer ce terrible diagnostic, cette haine peut le conduire à annoncer celui-ci de façon violente¹³⁰.

¹²⁹ Winnicott D. W., « La haine dans le contre-transfert (1947) », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot 1969, p72-82.

¹³⁰ Soulé M., « La haine, le souhait de mort », in *Ecoute voir...l'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation*, Ed. Erès, Collec. A l'aube de la vie, 1999, p229-331.

L'évolution du désir d'enfant : passage de l'enfant économique à l'enfant narcissique

W. PASINI¹³¹ s'est intéressé à l'évolution de l'image sociale de l'enfant à travers ces dernières décennies. Il y a quarante ans, dans la famille traditionnelle, l'enfant avait une fonction économique, il était une sorte « *d'assurance-vieillesse* » pour ses parents, surtout dans le milieu rural. De nos jours, particulièrement depuis le droit à la contraception, dans la famille nucléaire, l'enfant n'a plus cette fonction sociale, ce « *poids économique* », il se « *privatise* », sa fonction est dorénavant affective et narcissique vis-à-vis de ses parents. L'auteur l'énonce ainsi : « *on est passé de l'enfant-capital à l'enfant-gratuité* ». Mais ce dernier ne dispose pas uniquement d'avantages : en effet, même s'il a été désiré sans l'attente d'une fonction sociale de la part de ses parents à son égard, il devra répondre de plusieurs devoirs, tels que ne pas les décevoir, être à leur image et être également un étayage narcissique pour eux. Cet « *enfant-gratuité* » a une dette de reconnaissance affective vis-à-vis de ses parents.

PASINI pense que les bons enfants à venir seraient ceux dont les parents pourraient se passer, ceux qu'ils peuvent désirer sans qu'ils soient indispensables, « *ce sont des enfants sur lesquels on peut projeter un désir en espérant qu'il ne s'agisse pas d'un besoin.* »

I-3. La grossesse : un état de transparence psychique inhabituel

La grossesse est le moment d'un état psychique particulier comme nous l'avons abordé précédemment, c'est un état également de « *susceptibilité* » ou de « *transparence psychique* » selon le terme de M. BYDLOWSKI¹³². C'est une période de plus grande perméabilité aux représentations inconscientes, d'irruption de l'inconscient dans le conscient.

A cet état particulier s'associent un appel à l'aide latent envers un référent, comme à l'adolescence, et le passage aisé à la conscience de remémorations infantiles, à thématique souvent incestueuse, qui ne subissent pas de refoulement.

¹³¹ Pasini W., « Les bons enfants à venir », in *Les bons enfants*, sous la dir. de M. Soulé, Ed. ESF 1983, Collec. La vie de l'enfant, , p59-69.

¹³² Bydlowski M., « La transparence psychique due à la grossesse », in *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Ed. PUF 1997, Collec. Le fil rouge, , p91-99.

L'auteur, à travers son expérience de psychanalyste dans une maternité, montre que le discours de ces femmes enceintes sur l'enfant à venir est assez pauvre, parfois même inexistant. Elle montre ainsi le contraste entre des remémorations, des fantasmes régressifs intenses qui affluent à la conscience de ces femmes pendant la grossesse, et l'absence de discours sur leur enfant. Pour elle, ce silence autour de l'enfant est le témoin de l'érotisation dont il est l'objet, elle ajoute : « *D'une façon générale, la mise au secret et au silence d'un secteur de l'activité mentale est l'un des signes les plus sûrs de son érotisation. [...] C'est le silence de l'investissement amoureux et du bonheur qui se passe de commentaire.* »

II – Les enjeux de la maternité chez l'adolescente

II-1. Adolescence et grossesse : une double crise maturative

L'adolescence et la maternité sont deux étapes maturatives dans la vie d'une femme. Ces deux périodes de la vie ont des points communs, qui ont été énoncés par P-C. RACAMIER. Cet auteur a en effet comparé la maternité à l'adolescence. On parle à leur égard de *crise d'identité* (E.H. ERIKSON), *d'une crise de la personnalité*, véritable moment de crise psychique. En effet, elles impliquent toutes deux une transformation corporelle, hormonale, un changement de statut social, des fluctuations pulsionnelles, une réactivation et un remaniement des conflits infantiles, une remise en question des identifications précoces, notamment à la mère, une transformation de l'image du corps vécu, ainsi que du sentiment d'identité personnelle (voire une évanescence transitoire de ce sentiment) et une remise en cause du système de défenses (dissous ou renforcé)¹³³.

La crise maturative de l'adolescence ou de la grossesse est à entendre comme une crise qui mobilise de l'énergie psychique, réveillant de l'anxiété, des conflits latents, mais, qui a également sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une *identité nouvelle*.

L'enjeu de *la crise de l'adolescence* est de renoncer à l'enfance pour entrer dans l'âge adulte ; l'enjeu de *la première maternité* est le changement inéluctable de génération.

¹³³ Racamier P-C. Op. cit. (117/118)

Le plus souvent, ces deux crises maturatives surviennent dans la vie d'une femme sur un temps échelonné ; l'adolescente enceinte a la particularité de traverser ces deux crises en même temps.

La grossesse à l'adolescence conserve-t-elle sa capacité évolutive d'une crise maturative, permet-elle l'acquisition d'une identité nouvelle, avec l'inscription de l'enfant dans une nouvelle génération ? ; ou vient-elle, *au contraire*, répéter l'histoire transgénérationnelle qui ne se résout jamais, dans une confusion psychique des rôles ?

II-2. Qu'en est-il du désir d'enfant chez l'adolescente ?

II-2-1. Un appel à l'aide à la mère des débuts de la vie

Pour M. BYDLOWSKI^{134/135}, le désir d'enfant semble ne pas exister à l'adolescence. En effet, il existe à la puberté *un éloignement* de l'image maternelle tendre des premiers temps de la vie, image qui accompagne tout désir de maternité. Ainsi, ce sont les conflits oedipiens qui dominent la scène pubertaire, comme nous l'avons abordé dans le chapitre consacré aux « enjeux de la puberté ». Nous avons vu que l'un des enjeux de la puberté pour la jeune fille est la conquête de son identité féminine, et que l'image de la mère à l'adolescence est une image teintée d'ambivalence : aimée, enviée, et à la fois haïe. Cette mère est vue, par sa fille adolescente, comme la femme du père, sexuée, toute-puissante, ayant le monopole du pouvoir reproducteur encore refusé à l'adolescente. Le lien qui unit la mère et la fille à la puberté est un lien de dépendance agressive à la mère. Pour l'auteur, ce type de lien peut se prolonger jusqu'à la première maternité. Elle ajoute : « *Pour que le désir d'enfant de la petite fille n'avorte pas à l'adolescence, il est souhaitable que sa représentation d'une mère de la tendresse [...], de l'amour absolu, ne soit pas totalement perdue, et cela malgré la découverte de la sexualité de ses parents et de la rivalité maternelle qui a suivi.* »

¹³⁴ Bydlowski M., « L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité », in *Adolescence*, 2000, 18, 2, p605-620.

¹³⁵ Bydlowski M., « Le désir d'enfant chez l'adolescente enceinte », in *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p21-26.

Ce qui marque la fin de l'adolescence féminine est la survenue de la première naissance (même tardive). Alors s'opère un *renversement des identifications* : l'identification à la mère pré-oedipienne des premiers temps se fait au profit de la mère sexuée de la période oedipienne.

Pour BYDLOWSKI, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est un appel à la représentation maternelle des débuts de la vie, un appel à l'aide à cette « *mère de la tendresse* », dont la retrouvaille apparaît être le véritable enjeu de la maternité.

Une phase importante du processus d'identité féminine semble avoir été télescopée chez ces adolescentes enceintes, celle de la période initiale d'identification à cette mère des premiers soins de la période pré-oedipienne.

Certains couples mère-fille adolescente constituent une véritable « *idylle monoparentale* », le père s'est éloigné et la rencontre avec la mère des premiers temps n'est plus entravée par les représentations envieuses qu'induit la proximité oedipienne¹³⁶.

II-2-2. Acquisition d'un nouveau statut et étayage narcissique

Pour D. MARCELLI¹³⁷, certaines grossesses à l'adolescence viennent mettre en acte un réel désir d'enfant. Pour cet auteur, il s'agit le plus souvent d'adolescentes plus âgées, au-delà de 17-18 ans, pour lesquelles le désir d'avoir un enfant s'inscrit dans un projet de couple, dans un registre plus génitalisé.

Pour certaines mères adolescentes en couple, il peut s'agir d'un besoin concomitant de s'affranchir de la dépendance infantile aux parents et se créer une nouvelle dépendance au conjoint.¹³⁸

Le désir d'enfant peut être également appréhendé par l'adolescente comme une solution à ses différentes difficultés. Avoir un enfant lui permet d'accéder à un nouveau statut, au statut d'adulte, mais c'est aussi accéder au statut de mère, dans un mouvement d'identification à la mère de son enfance. Nombreuses sont les enquêtes qui mettent en évidence, chez les jeunes mères mineures, l'existence dans leur enfance de conditions de

¹³⁶ Bydlowski M., « Les infertiles. Un enjeu de la filiation féminine », in *Nouv. Rev. de Psychanalyse*, 1992 ; 45 : p143-160.

¹³⁷ Marcelli D. Op. cit. (32)

¹³⁸ Halpérin M. et Halpérin D.-S., « Contraception conflictuelle chez l'adolescente. Hypothèses psychodynamiques sur les désirs de grossesse et de maternité », in *Méd. et Hyg.*, 40, 1982, p1622-1626.

vie difficiles et de mauvaises relations avec leurs parents, notamment avec leur mère. Ainsi, la survenue d'une grossesse chez ces jeunes filles viendrait malmener leur enfance et attaquer leur mère en s'appropriant leur statut, dans un contexte de rivalité agressive mère-fille. Cette grossesse, et plus ce désir d'enfant, s'inscrit dans une recherche d'un « objet » de comblement des carences affectives de l'enfance, « objet » de comblement des failles narcissiques de la jeune mère¹³⁹.

II-2-3. Un besoin d'enfance

Le bébé est porteur d'une lourde mission, celle de réparer sa mère. Comme l'énonce A. PAGET¹⁴⁰, ces adolescentes sont dans un besoin d'enfant, d'enfance et de tendresse. Elle ajoute : « *C'est l'histoire d'une mère et d'une fille où la fille ne peut trouver son identité de femme qu'en devenant mère parce que cette dernière ne lui a pas donné les clefs de la féminité mais seulement le fardeau de la maternité.* »

Nous rejoignons ces propos, il s'agit bien là d'un « court-circuit » dans la reconnaissance de la féminité de l'adolescente par sa mère, d'une « non-rencontre » entre ces deux protagonistes, entre la mère et la fille ; cette rencontre nécessaire entre deux femmes lors d'une grossesse, dont nous parle BYDLOWSKI, cette nécessaire identification à une image maternelle positive n'ont pas eu lieu pour ces adolescentes.

Afin d'illustrer ce dernier passage, nous vous livrons l'extrait d'un rêve angoissant et répétitif d'une jeune mère de 16 ans alors que son nourrisson (fille) avait 6 mois : « *elle (la jeune mère) se trouve dans un paysage inconnu, au bord d'un fleuve avec de puissants rapides. Poussée par un inconnu, elle tombe dans l'eau, s'efforce de rejoindre la rive, n'y parvient pas. [...] Elle pense qu'elle va se noyer. Elle décide alors de nager vers l'autre rive où elle distingue une forme humaine immobile qui l'attire, sans doute un corps féminin, telle « une statue resplendissante » dont les traits du visage se précisent peu à peu en s'en rapprochant. Il lui sourit alors qu'elle s'épuise dans le courant... Elle sait qu'elle ne peut en attendre aucune aide. Puis elle croit reconnaître ce*

¹³⁹ Marcelli D. Op. cit. (32)

¹⁴⁰ Paget A., « Les petites marionnettes », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p81-84.

visage, peut-être sa mère mais en plus jeune... Ensuite, elle ne sait plus... et se réveille en nage... »¹⁴¹

Ce rêve n'est pas sans nous évoquer l'appel au secours de ces mères adolescentes à « *la mère de la tendresse* », à cette mère des premiers temps de la vie.

II-2-4. Ne plus faire « qu'un » avec la mère ou « tout sauf elle » ?

Pour P. LACHCAR^{142/143}, le désir d'enfant chez les adolescentes serait plus le souhait d'avoir un enfant de leur mère, souhait souvent profondément refoulé, que le désir d'avoir un enfant de leur père. L'hétérosexualité est à ce moment-là au service de fantasmes incestueux à l'égard de leur propre mère.

La littérature retrouve souvent chez ces adolescentes le désir d'avoir *un nourrisson fille*, mais qu'elles n'ont pas de manière plus fréquente qu'à un autre âge puisque le sex-ratio est conservé. Pour cet auteur, en devenant mère d'une fille, double d'elle-même, l'adolescente se crée une identité de femme, s'organise une histoire de mère et, du même coup, une histoire d'enfant. C'est *une tentative de dégagement* de la part de la jeune fille.

La formulation « *filles-mère* » pour désigner ces adolescentes enceintes montre bien que le père est évincé, « *tout se passe comme si on pouvait être mère, mais sans homme* ».

Le bébé est offert en cadeau à la mère, il devient « *un bébé à deux mères* ».

J. DAYAN¹⁴⁴ rejoint M. BYDLOWSKI en soulignant le fait que, par la grossesse, ces jeunes filles cherchent à retrouver en elles-mêmes le maternel et son objet idéalisé. Pour cet auteur, cette idéalisation va accompagner le désir d'enfant. Ces adolescentes semblent être prises dans un fort lien de dépendance affective à leur mère, une dépendance insupportable qui peut prendre le masque d'une opposition voire d'une rivalité mère-fille. Le caractère processuel de l'adolescence devient difficilement supportable dans ce contexte, conduisant à une « *haine du temps* », parfois associé au

¹⁴¹ Sibertin-Blanc D., « Le bébé de mère adolescente, à qui appartient-il ? », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p89-99.

¹⁴² Lachcar P., « Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente », in *Gynécologie et Psychosomatique*, 1991, n°1, p5-8.

¹⁴³ Lachcar P. cité par Pawlak C., « Grossesse à l'adolescence », in *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio, PUF 2000, p304-307.

¹⁴⁴ Dayan J., « Les maternités adolescentes », in *Attendre un enfant II. Aléas, drames et vicissitudes*, sous la dir. de J. Dayan, Ed. Erès, Spirale n°8 / 1998, p37-45.

fantasme d'être « *engloutie* » par le désir maternel. Cette attente insupportable est rompue par ce que l'auteur nomme un « *comportement contraphobique* », la survenue d'une grossesse. L'enfant imaginaire est alors souvent parthénogénétique dans le fantasme, excluant l'homme : enfant rêvée fille, enfant sans père, enfant réparant les manques et les blessures de l'enfance.

Parfois, l'adolescente semble offrir à sa mère une seconde chance, l'éloignant de la déception d'abandonner une position maternelle dont celle-ci ne peut faire le deuil ; l'éloignant du statut grand-maternel parfois insupportable. L'enfant peut être alors l'objet d'échange entre la mère et la fille.

Pour conclure cette partie sur le désir d'enfant chez la mère adolescente, citons F. LADAME sur les vicissitudes du désir d'enfant de la petite fille au cours de son évolution psychosexuelle : « *S'il nous faut rechercher quelques spécificités du développement féminin et des achoppements de ce désir au gré de l'évolution psychosexuelle, c'est peut-être au stade anal que nous pouvons les situer. C'est là que les risques de trébuchement sont les plus grands. Et le vrai nœud de l'affaire, me semble-t-il, n'est pas l'excès d'hostilité, mais plus probablement l'excès d'amour !* ».¹⁴⁵

Nous avons déjà abordé l'importance de *ce stade anal* dans la construction de l'identité féminine et de l'identité maternelle chez l'adolescente au chapitre consacré à « la place du corps chez l'adolescente », nous y reviendrons dans le chapitre consacré aux « mouvements identificatoires chez l'adolescente enceinte ».

II-3. Le corps convoqué par la grossesse chez l'adolescente

II-3-1. La grossesse comme vérification de l'intégrité du corps

La grossesse chez l'adolescente peut s'inscrire dans un souci de *vérifier l'intégrité de son corps et de ses organes reproducteurs*. Nous avons vu dans le chapitre consacré aux « enjeux de la puberté » que l'adolescent, fille comme garçon, doit se réapproprier ce nouveau corps sexué ; une des questions qu'il se pose est la normalité et la fonctionnalité de ses organes. *Le garçon* semble trouver plus facilement des réponses aux questions sur sa physiologie puisqu'il existe une relation de continuité entre

¹⁴⁵ Ladame F. Op. cit. (81)

érection-masturbation-éjaculation-fertilité : si cela fonctionne, il n'a pas de crainte sur sa fertilité.

Il en est autrement pour *la fille*, les réponses sur la normalité de ses organes sont moins évidentes. Elle se pose souvent la question « *suis-je fertile ?* », question qui peut, chez certaines adolescentes, conduire à d'autres questions plus concrètes telles que, « *puis-je avoir un enfant ?* », « *j'ai envie d'un gros ventre !* ». Ces adolescentes rêvent alors de grossesse mais pas d'enfant, c'est « *la grossesse pour la grossesse* », comme l'énonce M. BYDLOWSKI. De plus, une absence initiale de plaisir orgasmique, fréquente chez l'adolescente, peut renforcer ses craintes sur la conformité de sa sexualité et l'intégrité de ses organes¹⁴⁶.

C. PAWLAK disait à ce propos : « *Le fantasme le plus profond, [...] n'est pas le désir de faire un enfant, mais le désir de pouvoir en faire un, ce qui renvoie au pouvoir de la mère. La fertilité est un concept de prolongation de soi qui, dans sa dimension narcissique, est proche du fantasme de l'auto-engendrement dans la toute-puissance infantile et s'oppose au sentiment d'incomplétude et à la réalité de la castration. [...] Il s'agit de combler un vide interne, de vérifier une intégrité, de confirmer la capacité d'être enceinte plus que d'avoir un enfant.* »¹⁴⁷

II-3-2. La grossesse comme mise en danger du corps

La grossesse survenant chez la jeune adolescente peut traduire *une conduite agressive dirigée contre le corps*, c'est une grossesse que nous pourrions qualifier comme « prise de risque ». Il existe une réelle mise en danger du corps dans ce cas de figure.

L'adolescent accède à une sexualité génitale, une sexualité adulte qui suppose la quête d'objet séparé ; désormais il existe un délai entre l'émergence du désir et sa satisfaction qui est non prévisible, avec alors un risque de frustration, comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré aux « enjeux de la puberté ». Pouvoir supporter cette frustration est un élément essentiel d'une sexualité génitale épanouie. C'est ainsi que, parfois, le corps est vécu comme un objet de persécution, en proie alors aux attaques de l'adolescent. Les

¹⁴⁶ Marcelli D. Op. cit. (32)

¹⁴⁷ Pawlak C. Op. cit. (143)

adolescents très agressifs ou impulsifs retournent fréquemment cette violence sur leur corps. *Les garçons* tendent plus vers des conduites à risque sociales comme les accidents de circulation ou les comportements violents. *Les filles* se tournent plus vers une attaque directe de leur corps comme les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire. La grossesse est également un moyen pour certaines adolescentes d'attaquer leur corps, ainsi il n'est pas rare que survienne une tentative de suicide peu avant ou peu après la grossesse.

Ces grossesses chez des adolescentes impulsives s'inscrivent dans un contexte d'une sexualité à risque, non protégée, ayant valeur de *passage à l'acte*. Ces grossesses témoignent d'une souffrance psychique de la jeune fille, qui a des difficultés à prendre soin de son corps et à accepter les tensions psychiques liées à cette nouvelle sexualité.

II-3-3. La place du corps sexué chez l'adolescente enceinte

Pour B. IGERT^{148/149}, la représentation que ces adolescentes ont de leur fonctionnement corporel face à la sexualité, la contraception et la grossesse est teintée d'intenses angoisses archaïques, telles que la crainte de la stérilité, comme nous l'avons abordé ci-dessus.

L'auteur s'est intéressée au vécu chez ces jeunes filles de leurs transformations corporelles. Celles-ci sont *doubles*, puisque liées à la fois au processus pubertaire et au processus de la grossesse. *Certaines adolescentes* semblent banaliser voire nier toute expérience de transformation corporelle, tandis que *d'autres* expriment la crainte d'un endommagement de l'intérieur de leur corps, comme dans un écho des fantasmes d'agression du ventre maternel. Cela renvoie peut-être à des difficultés dans leur enfance à se représenter leur propre corps, face à une représentation trop angoissante du corps de leur mère. Ainsi, l'auteur constate la relative fréquence chez ces jeunes filles d'une apparente indifférence vis-à-vis des mouvements de leur fœtus.

¹⁴⁸ Igert B., « Corps sexué, adolescence et maternité », in *Rev. Fr. Psychanal.*, Maternité / Féminité, PUF, 1987, 6, p1613-1628.

¹⁴⁹ Igert B., « Être mère avant 18 ans : projet pour soi-même et/ou pour l'enfant ? », in *Parents*, Les textes du Centre Alfred Binet, Juin 1984, p131-140.

En comparant avec un groupe témoin d'adolescentes lycéennes non enceintes, B. IGERT montre que ces dernières expriment un sentiment de fierté à l'évocation de leurs récentes transformations corporelles, contrairement aux adolescentes enceintes.

Les propos tenus par ces adolescentes enceintes montrent *l'image d'un corps* un peu figé, comme s'il n'avait pas évolué dans le temps. Ainsi, B. IGERT constate que les jeux de poupée de la période infantile ne semblent pas avoir permis un enrichissement de l'auto-érotisme de ces jeunes filles. Il est possible alors que l'image du corps physiquement mûr se soit mal intégrée à la représentation de soi. La tendance de ces adolescentes à nier toute expérience de bouleversement corporel n'est pas si étonnant puisque pour que cette expérience puisse être éprouvée il faudrait qu'un sentiment d'identité corporelle existe auparavant.

La méconnaissance de leur corps féminin, allant de la survenue des menstruations jusqu'à la conception d'un corps fantasmatiquement endommagé, en passant par la méconnaissance de la sexualité, conduit ces adolescentes à *ne pas se reconnaître femme comme leur mère*. Ainsi, il semblerait que ces mères n'aient pas manifesté d'intérêt pour le corps de leurs filles, la puberté serait apparue sans que leurs mères ne les aient prévenues. L'investissement narcissique de l'image du corps sexué demeurerait alors inachevé, construit à partir de l'intériorisation par l'enfant des mouvements d'amour ou de haine perçus de la part des parents envers son propre corps. La conséquence serait des défaillances au niveau de l'auto-érotisme, repérées dans les entretiens de l'auteur avec ces jeunes filles.

Ainsi, comme le souligne IGERT, « *chez elles, tout passe non pas par le corps adolescent, source de plaisir, mais par le corps de la procréation.* »

II-3-4. Etayage du corps de la mère adolescente par le corps du bébé

Lorsque ces adolescentes deviennent mères, le contact avec le corps de leurs bébés leur permet de retrouver leur propre corps, dans le registre de l'auto-érotisme et de la réassurance vis-à-vis de leur intégrité corporelle. Tout se passe comme si ce nouveau-né redonnait un « *intérieur* » à leur corps. Alors, elles s'abandonnent désormais à la rêverie, ce qui semblait être impossible lors de la période de leur grossesse où elles ne

pouvaient parler d'elles qu'au moment présent. Maintenant elles peuvent évoquer leur passé, comme si elles avaient retrouvé en quelque sorte « un espace mental ».

B. IGERT constate que, durant la grossesse de ces jeunes filles, l'enfant imaginaire semble absent des entretiens. Faut-il alors la présence réelle du bébé pour que se mettent en place les représentations ?

Il nous semble cependant que cette apparente « absence » de l'enfant imaginaire dans le discours des adolescentes enceintes peut être le fait de toute femme enceinte ; sommes-nous face au « *silence de l'investissement amoureux et du bonheur qui se passe de commentaire* » dont parle BYDLOWSKI, ou au contraire, s'agit-il d'une absence réelle de rêverie au sujet de l'enfant imaginaire, comme s'il n'existait pas chez ces jeunes mères adolescentes ?

La naissance d'un enfant en bonne santé, satisfaisant est une réassurance importante. Les inquiétudes que ces adolescentes ont exprimé au sujet de leurs corps telles que la crainte d'un mauvais lait, la perte des os, traduisent un sadisme envers l'image maternelle. L'expérience d'une grossesse menée jusqu'à son terme est la preuve d'une possibilité de conserver à l'intérieur de soi un bébé, en dépit de fantasmes inconscients d'expulsion, d'arrêt de grossesse¹⁵⁰.

II-3-5. Caractéristiques physiques du corps enceint de l'adolescente

Nombreuses sont les adolescentes enceintes qui font ce que les gynécologues nomment « une grossesse à ventre rentré ». La grossesse ne se voit pas pendant longtemps, pouvant alors être découverte très tardivement voire le jour même de l'accouchement. Cette caractéristique physique de la grossesse chez ces jeunes filles est à rapprocher de l'impossibilité fréquente de celles-ci de se montrer enceintes devant leurs pères ; elles ressentent de la honte, du dégoût à l'évocation de cette idée¹⁵¹.

¹⁵⁰ Ibid. Igert B.

¹⁵¹ Marcelli D. Op. cit. (108)

II-4. La grossesse à l'adolescence comme évitement de la sexualité

Pour de nombreuses adolescentes enceintes, la sexualité semble n'être qu'un moyen pour accéder à la maternité. Ainsi, leur puberté, teintée d'une couleur traumatique, n'a pas permis l'accession à la vie sexuelle mais à la possibilité d'être mère. Leurs grossesses leur a permis d'éviter la sexualité, celle-ci semble avoir été peu ou mal investie. B. IGERT ajoute : « *Alors, fallait-il être vite enceinte pour ne pas être femme ? Cela permettait à certaines en tout cas d'éviter la rencontre avec l'homme et peut-être aussi de ne pas se sentir trop en conflit avec une image idéale d'elles-mêmes... Esquiver la rencontre avec l'homme, et maintenir parfois le fantasme d'avoir été, pour la mère, bien plus importante que le père.* »¹⁵²

Il semble que la sexualité de leur mère n'ait jamais été supportée, et cela dès l'enfance ; cette sexualité de la mère semble niée ou dévalorisée au profit de son rôle géniteur. La sexualité parentale est attaquée, il existe un rejet affiché de la sexualité des parents. Ainsi, la grossesse et le bébé, idéalisés tous deux, protégeraient ces adolescentes de toute approche sexuelle.

Il existerait dans ces familles un dysfonctionnement de la sexualité parentale, celle-ci pouvant être bannie, cachée ou, au contraire, ostentatoire.

IGERT constate une reprise maturative « *après le passage par le corps de la grossesse et de la maternité* », probablement en lien avec un réinvestissement de la sexualité sur un mode plus érotisé ; en effet, l'investissement érotique d'un objet sexuel semble alors possible après la naissance de leur bébé, ces adolescentes sont maintenant soucieuses de leur sexualité, dont leur enfant n'est plus la cible.

Pour J. DAYAN¹⁵³, l'évitement de la pensée que permet le raptus sexuel est un moyen paradoxal de maintenir vivantes les représentations douces et apaisantes de la mère (cette mère de la tendresse), quand la sexualité et le corps maternels sont pour l'adolescente objets d'angoisse. En effet, la représentation de la sexualité maternelle,

¹⁵² Igert B. Op. cit. (148)

¹⁵³ Dayan J. Op. cit. (144)

sexualité que l'adolescente partage en tant que femme, peut susciter l'horreur pour cette dernière. S. FREUD disait à ce propos : « *La représentation d'une mère sexuée engendre parfois la crainte de perdre la mère objet d'amour.* » (*Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984)

II-5. Les mouvements identificatoires chez l'adolescente enceinte

A l'adolescence, comme nous l'avons vu précédemment dans ce travail, apparaissent des difficultés dans le registre des identifications, avec le rejet des objets parentaux et le rejet de soi en tant que sujet sexué, dans un climat de résurgence de la problématique oedipienne.

Pour B. IGERT¹⁵⁴, il existe chez ces jeunes filles une tentative de rejet des objets parentaux, car ce n'est pas pour être comme la mère qu'elles sont enceintes ; elles sont prises dans *un mouvement d'identification négative* vis-à-vis de leur mère, pouvant dire « *tout sauf elle en tant que femme* », ou encore « *je suis la mère, la mienne n'a plus ce rôle* », dans leur effort pour « *s'arracher* » d'elle.

Cette grossesse est narcissiquement valorisante pour ces adolescentes. Ainsi, « *elles ne peuvent s'identifier à une mère sexuée qu'elles critiquent, ce serait intolérable et sur le plan oedipien, et sur le plan narcissique. La seule identification possible est de devenir mère et non femme.* »

Il existe à l'évidence chez ces adolescentes des difficultés d'élaboration d'une image maternelle, support d'identification introjective. L'image maternelle est devenue « mauvaise » à cause de la sexualité. Mais, lorsque ces adolescentes parviennent à investir la maternité comme « bonne », elles désirent être mères elles-mêmes, dans un mouvement d'homosexualité primaire, dans une recherche de la mère tendre de la période pré-oedipienne, comme l'énonce également M. BYDLOWSKI. Enfanter n'est-ce pas reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi ?

¹⁵⁴ Igert B. Op. cit. (148)

Il semble qu'il se soit produit, chez ces jeunes filles, des « ratés » dans leur organisation anale. Ainsi, elles auraient plus de difficultés à faire des compromis, « *le refus d'investissement par petites quantités* » comme l'énonce B. IGERT. Sur ce point, elle rejoint F. LADAME : « *l'analité est probablement le carrefour essentiel entre les identifications primaires et secondaires (aux images oedipiennes), et sa renégociation à cette période, capitale pour l'avenir. La négociation du stade anal est souvent avortée de par l'indispensable hostilité qu'elle mobilise pour sa réussite. L'échec est généralement mis à jour dans l'adolescence, « dernière chance ».* »¹⁵⁵

Comme nous l'avons vu, les changements corporels liés à la puberté ont été souvent vécus *sur un mode traumatique* chez ces adolescentes. Ils viennent révéler au grand jour un espace ou un vide intérieur, en même temps que ce nouveau corps est le lieu de la complémentarité génitale. Ainsi, ces jeunes filles peuvent vouloir revenir à un courant régressif, vouloir revenir au *genre neutre*, maintenir ainsi éloigné ce corps pubère.

Pour O. NICOLLE^{156/157}, ces adolescentes peuvent parfois rétablir de bonnes relations avec leur mère, dans un réinvestissement de positions identificatoires homosexuelles. Ce mouvement identificatoire fait écho à la dyade mère-fille des premiers temps.

Ces couples mère-fille se nourrissent de fantasmes d'inversion ou de retournement des générations, « *d'emboîtement indéfini de poupées russes* », comme l'énonce cet auteur. L'histoire de la fille-mère vient rééditer le fantasme d'une relation fusionnelle avec sa mère et de sa reproduction à l'identique. Pour cet auteur, le bébé est un cadeau fait à la grand-mère maternelle, témoignage ainsi de sa puissance phallique et du besoin de fusion et de dépendances mutuelles de ces deux femmes. Il ajoute : « *Pour la fille-mère, la puberté aura signifié le retour de l'énigme de sa naissance, c'est-à-dire du désir de ses parents, de sa mère. Il s'agit là d'une sorte de retour de l'impuissance originare, désormais face au sexuel, que la production active d'un bébé est peut-être destinée à maîtriser de façon illusoire et projetée, autant qu'à reconstituer l'unité duelle idéale régnant entre la mère et son bébé.* »

¹⁵⁵ Ladame F. Op. cit. (81)

¹⁵⁶ Nicolle O., « L'adolescente entre sa mère et son bébé », in *Adolescence*, 1989, 7, 1, p105-111.

¹⁵⁷ Nicolle O., « L'adolescente au bébé », in *Etudes psychothérapeutiques*, 1987, 69, p207-212.

III – Les enjeux de la maternité chez la mère de l'adolescente enceinte

III-1. Une répétition transgénérationnelle de la maternité de mère à fille

La maternité à l'adolescence peut s'inscrire dans une répétition transgénérationnelle. L'étude de D. DADOORIAN¹⁵⁸, qui s'est intéressée à des adolescentes enceintes issues de milieux défavorisés au Brésil, montre que la répétition de la maternité à l'adolescence est une constante dans l'histoire de ces familles, où la mère a été elle-même mère adolescente, ainsi que les sœurs de ces jeunes filles.

Ce même auteur, dans un travail de thèse sur ce sujet, constate que la moitié des mères des jeunes filles brésiliennes enceintes avaient été elles-mêmes mères à l'adolescence. Seulement un quart des mères du groupe témoin avaient été enceintes à l'adolescence.¹⁵⁹

Pour E. JANKY et al.¹⁶⁰, 76 % des adolescentes enceintes ont elles-mêmes eu une mère adolescente.

III-2. Une méprise entre mère et fille. Une adulte « en crise »

Pour la mère de l'adolescente, la grossesse de sa fille vient signer un acte adulte et sexué, ignorant que, pour celle-ci, elle vient témoigner de la reviviscence de l'attachement à l'imgo maternelle des débuts de la vie, l'appel à la mère d'autrefois. Il existe donc un malentendu des deux côtés. M. BYDLOWSKI ajoute ainsi : « *L'adulte la croit grande alors que l'adolescente n'a pas encore développé à l'égard du bébé d'autrefois la secrète nostalgie qui la pousserait à en désirer la renaissance.* »

Il nous semble que la mère de l'adolescente enceinte est confrontée à une triple crise existentielle. En effet, elle doit faire face : *d'une part*, à la *double crise maturative* que traverse sa fille, dans ce que l'adolescence mobilise de la fonction parentale chez tout

¹⁵⁸ Dadoorian D., « La grossesse désirée chez les adolescentes dans les milieux défavorisés : quelques réflexions à partir d'une étude réalisée au Brésil », in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2000 ; 48 : p44-50.

¹⁵⁹ Dadoorian D. cité par Salamagne S., *Estime de soi chez les adolescentes enceintes : étude comparative avec l'adolescente non enceinte et l'adulte jeune*, Mémoire de Psychiatrie, Poitiers, année 2004, 185p.

¹⁶⁰ Janky E. et al. Op. cit. (33)

parent, et le brusque changement de statut qu'implique pour elle la grossesse de sa fille en devenant subitement *grand-mère*, sans que les rituels sociaux l'y est préparée, tels que la séparation dans la vie quotidienne, le mariage ; *d'autre part*, elle doit faire face à la *crise qui la confronte à vivre sa quarantaine ou sa cinquantaine*, avec les difficultés qui lui sont propres, telles que le deuil fait ou à faire de ses propres parents par exemple. Nous avons abordé précédemment dans ce travail les enjeux de la puberté chez la mère de l'adolescente. Nous avons vu qu'un des enjeux pour la mère d'une adolescente est de faire face à l'apparition des premiers signes de la sexualité chez son enfant, perçu encore comme un bébé peu de temps auparavant, et la reconnaissance nécessaire, de sa part, de la féminité de sa fille devenue adolescente.

N. STEINBERG souligne le contraste entre la rareté de ces jeunes grands-mères dans la littérature à ce sujet et leur particulière présence dans la clinique.

En pratique, les enjeux pour elles sont doubles : *d'une part*, elles sont sollicitées par les intervenants médico-sociaux pour être garantes d'une situation fragile conduisant souvent à une confusion des rôles, et, *d'autre part*, l'enjeu se situe souvent dans une injonction adressée à la jeune mère de choisir entre deux positions qui semblent incompatibles pour cette grand-mère maternelle, « *rester « la » fille ou devenir « la » mère.* »¹⁶¹

Ainsi, la fonction grand-parentale renvoie au renoncement de l'illusion d'être fondateur (être « la » mère ou « le » père), faisant revivre de nouveau aux parents la scène oedipienne.

III-3. Les relations mère-fille pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant

Le plus souvent, les relations mère-fille à ce moment-là sont conflictuelles, marquées de ruptures, de rejets. Les sentiments que ces adolescentes disent avoir vis-à-vis de leurs mères sont généralement imprégnés d'hostilité et de haine, mais, ils sont surtout ambivalents.

¹⁶¹ Steinberg N., « « Lui ou Nous », quelques questions sur les parents des adolescentes devenant mères », in *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p101-102.

La mère est rejetée dans *un premier temps*, dans un clivage de « bonne » et de « mauvaise » mère, puis, dans *un deuxième temps*, après la naissance de l'enfant, elle est sollicitée par sa fille pour des conseils, elle est une aide pour elle dans l'apprentissage de sa parentalité. Ce renversement de situation vient témoigner d'un mouvement identificatoire à la « bonne » image de mère retrouvée.

Parfois, des couples mère-fille vivent dans une atmosphère idyllique, où tout n'est qu'illusion et confusion pour tous les protagonistes de cette histoire.

TROISIEME PARTIE : OBSERVATION CLINIQUE ET DISCUSSION

A – OBSERVATION CLINIQUE

Nous rencontrons Caroline pour la première fois dans le service de Gynécologie-Obstétrique de notre CHU dans le cadre de notre travail de thèse sur les grossesses survenant à l'adolescence.

Très rapidement, lors de notre première rencontre, elle manifeste un vif intérêt vis-à-vis de notre thèse et nous demande la publication, dans notre travail, d'écrits qu'elle avait débuté lors de son hospitalisation ; l'intégralité de ces écrits figure dans la partie « Annexe ». Cette requête est à l'évidence d'une grande importance pour elle.

Tout au long de cette observation clinique, nous vous livrons des *extraits* de ses écrits, ils apparaîtront en lettres italiques.

Nous rencontrons Caroline de façon ponctuelle dans l'optique de notre travail de thèse, elle est suivie par un thérapeute pédopsychiatre au CHU.

Caroline est une jeune adolescente de 15 ans qui a été admise aux Urgences Pédiatriques du CHU mi-septembre pour idées suicidaires.

C'est à la suite d'un entretien avec la psychologue du foyer dans lequel elle vit que Caroline demande à se rendre aux Urgences de l'hôpital du fait « *d'un mal-être* ».

Elle décrit un « *ras le bol* », « *j'étais sur les nerfs depuis longtemps, je cassais tout* », elle évoque alors différentes crises clastiques qui sont survenues lorsqu'elle vivait encore chez son père il y a 3 mois et également lorsqu'elle était en week-end chez sa mère. Elle parle de relations familiales conflictuelles ces derniers temps, notamment avec son père « *qui refuse de lui parler depuis 3 mois* ». Elle dit également avoir fait plusieurs passages à l'acte auto-agressifs à type de tentatives de suicide

médicamenteuses l'été dernier : « *c'était un appel au secours, je voulais qu'on s'occupe de moi* », puis ajoute, « *ma mère est toujours avec mon beau-père* ». Caroline parle aussi de troubles du comportement alimentaire à type de conduites anorexiques, qui auraient débuté en mai de cette année.

Elle consulte son médecin traitant 7 jours avant son admission aux Urgences Pédiatriques car elle se sentait angoissée.

Durant l'examen clinique réalisé aux Urgences, Caroline dit « *ne pas prendre de contraception et avoue ne pas avoir ses règles depuis 7 mois* ». Elle est alors adressée rapidement aux Urgences du service de Gynécologie-Obstétrique. Une échographie obstétricale à visée diagnostique y est réalisée et révèle une grossesse dont le terme est de 30 S.A.. Caroline est hospitalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique, dans l'unité des « Grossesses pathologiques ».

A l'annonce de cette grossesse, Caroline s'effondre, elle appelle sa mère (qui vit dans le limousin), celle-ci « *choquée par la nouvelle, raccroche le téléphone en lui disant qu'elle ne veut plus la revoir* ».

Le lendemain de la révélation de la grossesse, Caroline est en colère, pouvant dire « *je suis venue pour un truc, vous m'en avez trouvé un autre et je me retrouve ici, comme si j'avais pas assez de problèmes* », ne pouvant pas à ce moment-là nommer autrement l'enfant qu'elle porte.

Les modifications corporelles n'ont pas été perçues comme liées à un état de grossesse par Caroline, de plus, il n'y a pas eu de réelle prise de poids : elle dit « *comme je mangeais pas, j'ai pas pris de poids, je pèse toujours 55 kg, je pouvais pas savoir que j'étais enceinte* ». En ce qui concerne l'aménorrhée présente depuis 7 mois, elle dit « *au niveau des règles, j'étais stressée, j'ai cru que c'était le stress qui faisait que je les avais pas, c'est tout* ». Pour ce qui est de la rondeur de son ventre, elle a pu dire « *je me rendais pas compte que j'avais un gros ventre* ». Elle parle de « *grossesse cachée par mes problèmes d'anorexie, aucun signe ne fut anormal à part l'arrêt de mes règles, je m'étais renseignée auprès d'une copine à qui ça lui était arrivé, son médecin lui avait dit que c'était dû au stress, j'ai pensé alors que c'était ça tout simplement.* »

Dans les jours qui ont suivi le diagnostic de grossesse, le 22 septembre, une échographie morphologique est réalisée et détecte une malformation cérébrale du fœtus. Il est porteur d'une agénésie du corps calleux. Une IRM fœtale faite le lendemain confirme ce diagnostic terrible. Caroline apprend également le sexe du fœtus, il est de sexe féminin.

Après une réunion multidisciplinaire, une Interruption Médicale de Grossesse (I.M.G.) est envisagée la semaine suivante par l'équipe du service.

Caroline commence à peine à investir sa grossesse, et par cette décision médicale, nous lui signifions de la désinvestir aussitôt.

A partir de ce moment-là, Caroline nomme par son prénom dans ses écrits l'enfant qu'elle porte, « *Anaïs* ». Au sujet de l'interruption médicale de grossesse, elle dit « *si je fais cette interruption c'est pour elle et moi, pour ne pas que l'on souffre davantage* ».

Le lendemain de l'annonce de cette interruption de grossesse, le père de l'enfant appelle Caroline, il a été mis au courant de la grossesse suite à une lettre envoyée à l'initiative de la mère de Caroline aux parents du jeune homme.

En effet, la mère de Caroline a porté plainte contre le père de l'enfant pour « détournement de mineur » ; Caroline avait moins de 15 ans lors de la relation sexuelle fécondante et son partenaire était majeur (la majorité sexuelle est fixée à 15 ans).

Concernant le père de l'enfant, Caroline ne l'a pas revu ni a eu de ses nouvelles depuis 3 mois. Elle est en colère contre lui lorsqu'on lui a annoncé sa grossesse au début de son hospitalisation, « *je lui faisais confiance, il m'avait promis qu'il ferait attention* ». Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, un ami d'enfance de Caroline, qui vit près de chez son père. Ils se sont revus récemment et étaient en couple depuis 10 mois. Caroline ajoute qu'ils avaient eu deux relations sexuelles non protégées, « *on savait tous les deux ce que l'on risquait, mais il m'avait juré de faire très attention, je lui ai donné cette confiance, seulement il m'a trahie* ». Ils se voyaient souvent chez une amie commune, celle-ci les hébergeait chez elle plusieurs jours dans la semaine, en début d'année. Le compagnon de Caroline est père d'un enfant en bas âge d'une précédente relation affective.

Lorsqu'il apprend la grave malformation cérébrale dont souffre son enfant, il exprime le souhait « *d'assister à l'accouchement* » ; Caroline semble alors apaisée, soutenue enfin, « *sur le coup je lui ai dit oui car j'avais besoin de quelqu'un pour me soutenir, vu que maman ne me reparlait pas encore* ».

La mère de Caroline s'est ensuite rendue à l'hôpital pour être auprès de sa fille, elle est présente lors de l'accouchement. Elle interdit sa fille de revoir le père de son enfant. Celui-ci est placé en garde à vue, il n'a pu être présent à l'accouchement...

La veille de la sépulture de leur enfant, le jeune père est hospitalisé au CHU pour idées suicidaires. Il demande à l'équipe soignante à se rendre aux funérailles de son enfant le lendemain. La garde à vue est toujours effective, les forces de police sont intervenues

sur le lieu de la sépulture à la demande de la mère de Caroline, lorsque celle-ci a aperçu le jeune homme. Il assiste à la sépulture de son enfant dans un second temps, après le départ de Caroline et de sa mère, seul.

Caroline est l'unique enfant d'un couple qui s'est séparé lorsqu'elle avait l'âge de 6 ans. Son père est agriculteur dans la région du Maine-et-Loire et sa mère vit dans la région de Limoges, elle est actuellement à la recherche d'un emploi (elle travaillait auparavant dans une usine de distributeurs de boissons). Le père et la mère de Caroline vivent tous les deux en concubinage et n'ont pas eu d'autres enfants. Caroline a vécu avec sa mère depuis la séparation, et ce n'est que depuis 3 ans qu'elle est retournée vivre chez son père et sa belle-mère, à sa demande, mettant en avant « *des conflits avec sa mère à ce moment-là* ». Caroline parle « *d'une impression d'allers-retours incessants entre son père et sa mère dans son adolescence* ».

Elle est actuellement scolarisée en 3^{ème} Technologique, en Maison Familiale, ayant choisi l'orientation « Services aux personnes ». Auparavant, elle était scolarisée dans un collège, dans lequel elle a redoublé sa 6^{ème} et ayant « *failli redoubler sa 5^{ème}* », ses enseignants l'ont alors orientée l'année dernière vers une scolarité en Maison Familiale, en classe de 4^{ème} Technologique.

Dans ses antécédents somatiques, sur le plan médical, Caroline est asthmatique, traitée par bêta2mimétiques (en inhalation) et par corticoïdes (par voie orale), elle évoque également un problème d'acné juvénile. Elle présente des troubles du comportement alimentaire depuis le mois de mai de cette année, des conduites anorexiques. Elle ne présente pas d'antécédents chirurgicaux particuliers.

Dans les antécédents psychiatriques personnels, Caroline présente un syndrome anxio-dépressif depuis plusieurs mois.

Dans les antécédents psychiatriques familiaux, elle évoque la survenue d'un syndrome dépressif chez sa mère, dans les suites de la séparation avec son père, pour lequel elle aurait bénéficié d'un soutien psychologique.

Caroline vit actuellement, depuis 3 semaines, dans un foyer, sur décision du Juge des enfants ; elle dit à ce propos « *j'ai été jetée à la porte de chez mon père* » il y a 3-4 mois pour une « *histoire de vol d'argent que je n'avais pas commis* ». Elle a été ensuite hébergée chez une amie, puis chez sa grand-mère maternelle qui vit dans le Maine-et-

Loire, celle-ci sera d'un grand réconfort pour Caroline. Elle est partie en vacances les deux mois d'été avec sa mère et son beau-père en Dordogne.

Elle sort mi-octobre du service de Gynécologie-Obstétrique pour retourner au foyer ; elle est admise de nouveau à l'hôpital dans les jours qui ont suivi sa sortie, elle dit : « *au foyer, maman avait raison, j'étais pas encore prête* ». Durant le week-end, à la suite d'un rendez-vous manqué de la part d'un éducateur du foyer qui devait accompagner Caroline en permission, elle fugue de l'hôpital, en laissant une note écrite aux infirmières du service dans laquelle figure son intention de « *rejoindre sa fille* ». Elle ajoute : « *les infirmières me couraient après, la sécurité est arrivée, l'ambulance aussi, ils m'ont pris de force avec les pompiers. Je savais que je me serais pas suicidée, mais j'avais besoin de prendre l'air, mais aussi de quelqu'un, d'un réconfort. Ils ont tous eu peur* ». Nous notons par ces propos l'extrême solitude à ce moment-là de Caroline, son besoin de réconfort et de soutien après cette terrible épreuve, ce besoin de reconnaissance, de savoir qu'elle nous importe. Elle est effectivement très seule puisque son père a été et est toujours maintenu à l'écart, sa mère est repartie dans la région de Limoges et elle n'a plus de nouvelles du père de son enfant depuis la réaction violente de sa mère à son égard.

A la suite de cet appel à l'aide, Caroline est alors hospitalisée dans le service de Psychiatrie Infanto-Juvenile, dans une unité pour *adolescents*. Le cadre que propose ce service est bénéfique pour Caroline, elle a besoin d'être contenue. Nous pouvons penser également que cette hospitalisation dans cette unité pour *adolescents* permet de resituer Caroline dans une problématique adolescente, comme les autres jeunes filles de son âge, à un moment où le flottement identitaire est important. Ce questionnement identitaire à ce moment-là pourrait être formulé ainsi : qui suis-je, une femme, une mère ? mais l'enfant n'est pas là pour la conforter dans une identité maternelle. Nous aborderons cette question des identifications un peu plus loin dans ce travail.

Première rencontre avec Caroline :

Nous rencontrons Caroline pour la première fois fin septembre, lors de son hospitalisation dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU, dans les jours qui ont suivi l'annonce de la nécessité d'une interruption médicale de grossesse.

Caroline est une jeune fille grande et très maigre, dissimulant son corps sous des vêtements trop larges. Elle se livre facilement lors de cette première rencontre, le contact est bon. Elle répond à nos questions sans apparente difficulté, nous notons cependant une irritabilité lors de l'évocation de sa grossesse.

Elle nous confie l'existence d'un mal-être depuis des mois, motivant son admission aux Urgences il y a quelques jours. Ce « *mal-être* » semble s'inscrire dans un mouvement dépressif chez Caroline, pouvant dire « *j'étais sur les nerfs* », « *je me bastonne avec tout le monde, je suis violente* ». Elle ajoute « *je vois que des mauvais côtés en moi en ce moment* », reflétant une mauvaise estime d'elle-même. Cette irritabilité, les colères accompagnées d'impulsivité, les troubles du comportement alimentaire (à type de conduites anorexiques existant depuis plusieurs mois), la nette auto-dépréciation et la présence de pensées telles que de « *vouloir mourir* », sont en faveur d'un syndrome anxio-dépressif chez Caroline.

Concernant la découverte fortuite de sa grossesse, elle dit « *ça me tombe dessus comme ça* », avec plusieurs rationalisations autour des symptômes habituels de grossesse, comme « *je n'avais plus mes règles, j'étais stressée* », « *je pesais toujours 55 kg, je pouvais pas savoir que j'étais enceinte* » ; ce déni de grossesse, ou tout au moins cette dénégarion, est un mécanisme de protection psychique, un mécanisme défensif. Nous y reviendrons un peu plus loin.

La mère de Caroline lui aurait demandé durant l'été si elle était enceinte. Caroline dit « *elle a vu mon gros ventre* » et elle aurait répondu à sa mère : « *non, ça ne se peut pas car mon ami m'a promis qu'il ferait attention* », « *moi je me rendais pas compte que j'avais un gros ventre* ». S'agit-il d'un déni de grossesse « *partagé* » avec sa mère ?

Au sujet d'un éventuel désir de grossesse et de désir d'enfant, elle dit « *je ne voulais pas être maman à 15 ans, j'ai mes études à faire* », « *j'aime pas les enfants, je voulais pas être enceinte* ». Nous verrons par la suite ce qui sous-tend le désir d'enfant chez Caroline.

Nous évoquons ensuite au cours de cet entretien ses souvenirs d'enfance. Une tristesse voile alors son regard, elle dit « *je n'ai pas vraiment de souvenir heureux* », « *mes deux parents me manquaient quand j'étais chez l'un ou chez l'autre* ». Elle se remémore cependant une scène plutôt heureuse de son passé, lorsqu'elle était en vacances chez son père, « *avant l'arrivée de ma belle-mère* » précise-t-elle, « *j'allais souvent dans les champs, dans les bois, avec mon père* ».

Concernant le vécu de son hospitalisation actuelle, elle dit « *maintenant je vis au jour le jour, je ne veux pas prévoir des choses qui n'arriveront pas* », « *dès que je projette, ça n'arrive pas, le bébé et le fait que je veuille être sapeur pompier* », marquant par ces propos toute l'ambivalence de son désir d'enfant. Elle ajoute « *les éducateurs avaient commencé à me parler d'un centre maternel à Nantes, je me réjouissais, c'est quand même mon bébé, c'est peut-être une chance pour moi de changer d'attitude, d'être moins agressive* ».

Une consultation particulière :

Caroline est actuellement en stage dans une animalerie, elle s'occupe d'animaux blessés, « *indésirables* », qu'elle semble investir tout particulièrement.

Lors de cette consultation, elle évoque la présence dans cette animalerie de deux oiseaux : l'un est malade, estropié et infirme, et l'autre, *à l'opposé*, est un perroquet, très beau, précieux, mais trop cher. Le point commun entre les deux est le fait qu'ils ne sont pas vendables de par leurs caractéristiques propres.

Nous percevons, dans ce récit, la question de la représentation chez Caroline de l'enfant réel et de l'enfant imaginaire. Nous interprétons « *l'oiseau blessé, estropié, non vendable* » comme la représentation de l'enfant réel, porteur d'un handicap très lourd, qui ne peut pas vivre ; « *le perroquet précieux, non vendable car trop cher* » représente l'enfant imaginaire, inaccessible. Cet oiseau magnifique ne peut renvoyer qu'en « *écho* » ce que Caroline lui adresse, tout comme l'absence de réponse de l'enfant imaginaire. Nous reviendrons sur cette question de l'enfant imaginaire dans la partie consacrée à la discussion.

Consultation suivante avec Caroline :

Caroline exprime clairement des angoisses d'abandon par rapport à sa mère. Elle dit « *je préfère lui obéir sinon je la perds* », se référant à l'interdiction de sortie établie par sa mère après son hospitalisation au CHU, interdiction de voir le père de son enfant notamment, et même de voir des amies.

A sa sortie du CHU, Caroline souffre d'un intense sentiment de solitude, elle est sans nouvelles de son père et sa mère habite à plusieurs centaines de kilomètres.

Nous notons une emprise de sa mère sur elle. Ainsi, c'est une mère qui nous apparaît très intrusive, ne respectant pas ou peu l'intimité de Caroline. Celle-ci dit à son sujet, « *elle a trouvé des lettres que nous nous écrivions en avril, il (le père de son enfant) terminait ses lettres par un, au revoir mon bébé, ma mère est persuadée qu'il savait que j'étais enceinte* ».

Toute tentative d'autonomisation de Caroline semble entravée, la mère annulant toute relation amoureuse entre sa fille et le père de l'enfant. La relation à l'autre est impossible.

Une consultation particulière doit être rapportée :

Une rencontre avec son père, en sa présence, a été sollicitée par son thérapeute. Ce jour-là, malheureusement, le père de Caroline a eu un empêchement et donc n'a pas pu se rendre à la consultation. C'est la première fois alors que Caroline a pu exprimer que son père lui manquait.

Par la suite, le thérapeute rencontre son père. A notre surprise, il tient des propos bienveillants sur sa fille, regrettant d'avoir été maintenu à l'écart ces derniers mois de la vie de sa fille. Manifestement il a beaucoup souffert de cette situation. Nous sommes loin du discours tenu par Caroline sur son père, en tout cas au début de la psychothérapie, où elle lui écrit une lettre (fin novembre) lui signifiant « *t'as perdu ta petite fille* », « *si tu voulais me perdre comme ta petite fille (se référant à son enfant mort), tu resterais avec Monique (sa belle-mère)* », mais ajoutant à la fin de sa lettre, « *j'ai besoin de toi, laisse-moi revenir de temps en temps* ».

Consultation suivante :

Nous revoyons Caroline début mai. Son apparence physique est soignée, elle est maquillée très légèrement. Sa tenue vestimentaire est sportive mais féminine, les vêtements ne sont plus larges. Dans la salle d'attente de la consultation, son visage est fermé.

Une partie importante de l'entretien est axée autour du thème de la rencontre de Caroline avec les sapeurs pompiers. A leur seule évocation, son visage s'illumine. Elle nous fait part alors de son intention de s'inscrire l'année prochaine au concours pour être pompier « volontaire », elle dit « *être passionnée par ce métier* ». Caroline a en effet

effectué une semaine de stage chez les pompiers début avril. Elle ajoute, « *moi, ce que j'aime c'est aider les autres, sauver des vies, mais déjà j'avais envie il y a 5 ans* ». C'est alors que Caroline nous relate un évènement survenu il y a 5 ans, alors qu'elle se trouvait chez son père ; un accident avec un camion a eu lieu pendant la nuit, les pompiers étaient sur place. Ils ont fait appel à son père pour dégager un arbre qui menaçait de tomber, elle dit « *ils ont appelé mon père, pourtant il n'est pas pompier, mais il sait mieux monter dans les arbres [...], mon père est connu de partout, il aime rendre service* ». Le discours de Caroline montre une importante identification aux pompiers, aux sauveurs de vies. Mais, en même temps, c'est à son père qu'elle s'identifie, ce père décrit comme courageux, sauvant lui aussi des vies en quelque sorte par l'aide précieuse qu'il a apporté aux pompiers, dans un mouvement d'idéalisation de la part de Caroline.

Elle se rend à la caserne des pompiers dès qu'elle a un moment de libre, elle y passe tout le temps de ses permissions. Elle dit en parlant d'eux, « *le fait d'être là-bas, je suis bien, c'est ma famille [...], là-bas je me sens utile, on est très unis, comme des frères et sœurs, on est là pour une seule chose, le devoir de sauver des vies* ». Elle précise que ce sont des hommes, de tous âges.

Elle évoque également des relations qui sont de nouveau tendues avec son père depuis 1 mois, pouvant dire « *un soir j'avais fugué du foyer, les éducateurs ont prévenu mon père, il aurait dit qu'il fallait m'envoyer à l'armée* ». Puis, elle ajoute avec un sourire, « *moi, j'aimerais bien, comme ça je ferai quelque chose qui bouge, me sentir utile* ».

Les relations avec sa mère sont également conflictuelles, elle a passé une semaine chez elle à Pâques. Elle dit à ce propos, « *on s'est fâchées à propos de plusieurs trucs, par exemple, je voulais passer un examen pour avoir le certificat de premier secours avec la Croix Rouge, elle a pas voulu à cause du prix, elle m'a dit de demander à mon père* ». La mère aurait ajouté au sujet du père de Caroline, « *il ne t'a jamais donné un sou* ». Caroline lui a fait part de son désir de devenir pompier, sa mère lui aurait demandé de bien y réfléchir, « *elle accepte pas que je veuille être pompier, c'est trop dangereux, elle m'a dit que je pourrais ne pas revenir* ».

Nous lui demandons quelles sont ses relations avec les autres jeunes filles du foyer, elle dit à ce sujet, « *je parle à personne, ce sont toutes des minettes, moi je m'occupe de la terre, du jardin et je suis pompier [...], ça m'énerve des filles comme ça, elles savent même pas faire la vaisselle correctement, elles perdent du temps à parler, moi je fais pleins de trucs* », puis elle ajoute « *elles savent pas ce que c'est la vie* ».

B – DISCUSSION

I – Réflexion sur le déni de grossesse

Nous avons vu que la question du corps est une question centrale à l'adolescence. E. KESTEMBERG énonçait au sujet des transformations pubertaires : « *L'acquisition de la puberté est toujours une surprise. L'enfant guette les signes, les constate, n'y croit pas, se met à y croire, à les intégrer semble-t-il, se retrouve totalement étranger à ce qu'il était avant (et ceci quelque soit le sexe) ; Que va-t-il faire de cette inquiétante étrangeté ?* ».

L'adolescent doit se familiariser avec ce corps nouveau, il révèle une sexualité qu'on ne peut plus nier, sauf au prix de distorsions graves du moi. Pour P. JEAMMET, « *le corps pubère constitue une exigence nouvelle pour la psyché, elle doit s'y confronter et aménager des réponses qui ne pourront pas ne pas avoir de conséquences sur l'organisation de la personnalité, sur la représentation du soi du futur adulte* ».

Comment Caroline peut-elle s'approprier un corps enceint alors que son nouveau corps pubère, sexué, ne semble pas avoir été lui-même investi ?

La grossesse implique une importante transformation corporelle, qui vient s'ajouter ici aux récentes transformations pubertaires de l'adolescence. Nous avons vu précédemment dans ce travail les difficultés d'intégration et de représentation de l'image du corps pubère chez les adolescentes enceintes ; elles ont tendance à *nier* toute transformation corporelle, il n'est pas rare qu'elles ne perçoivent pas les mouvements de leur fœtus. Il semble que, pour ces adolescentes, leur sentiment d'identité corporelle soit incomplet, inachevé. Les mères de ces adolescentes ne semblent pas avoir montré à leurs filles le chemin de la féminité, non seulement à la puberté mais également dans l'enfance ; soulignons l'importance que revêt la manière dont les parents se sont représenté l'identité sexuelle de leur enfant.

C'est comme si le sentiment d'identité féminine ne leur avait pas été transmis, il s'est produit un achoppement dans cette transmission de la féminité.

Le déni de grossesse chez Caroline semble s'inscrire dans *un refus de transformation supplémentaire* du corps devenu sexué. Ses conduites anorexiques viennent appuyer ce refus. C'est comme s'il y avait un désir de retourner au corps d'enfant, *au genre neutre*, éloigner le plus possible ce corps pubère, « *cette inquiétante étrangeté* » dont parle E. KESTEMBERG.

En ce qui concerne Caroline, s'agit-il d'un *déni* ou d'une *dénégation* de grossesse ?

Le déni, au sens psychanalytique, est la négation d'une perception traumatisante qui se trouve alors clivée dans la conscience. Il inclut tous les types de négation de grossesse qui ont une composante inconsciente. *La dénégalion* est, elle, un phénomène actif, c'est la représentation déniée qui est refoulée, niée de la conscience. La dénégalion est le refus inconscient de reconnaître que quelque chose de perçu dans son existence puisse se rapporter à un état du sujet : par exemple, l'impossibilité pour le sujet de reconnaître que l'aménorrhée puisse être rattachée à la grossesse.

Ce sont tous les deux des mécanismes de défense intrapsychiques, *le déni* se rencontre plus souvent dans la psychose et un clivage y est parfois associé, tandis que *la dénégalion* est plus le fait de la névrose¹⁶².

A la lecture de l'histoire de Caroline, il semble que nous soyons plus en présence d'une *dénégalion* que d'un véritable déni de grossesse. En effet, la levée du déni a été soudaine et brutale pour Caroline : en quelques jours la jeune fille est passée du déni de sa grossesse à un investissement massif de celle-ci. De plus, Caroline n'a pas rattaché ses modifications corporelles à un état de grossesse, pouvant dire « *je me rendais pas compte que j'avais un gros ventre, ma grossesse était cachée par mes problèmes d'anorexie, aucun signe ne fut anormal à part l'arrêt de mes règles.* »

Une étude récente¹⁶³ qui s'est intéressée à 27 cas de déni de grossesse entre 1987 et 1990, montre que, concernant les réactions de ces femmes *lors de la révélation de la grossesse*, celles-ci ont été assez violentes dans la plupart des cas. En effet, des réactions

¹⁶² Dayan J., Andro G., Dugnat M., « Le déni de grossesse », in *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Ed. Masson 1999, p41-50.

¹⁶³ Brezinka C. et al. cités par Grangaud N., « Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature », in *Perspectives Psy*, vol. 41, n°3, juin-juillet 2002, p174-181.

de sidération, des états de choc, des sentiments d'insécurité et des épisodes dépressifs brefs ont été observés.

Concernant Caroline, nous retrouvons ces réactions, elle a présenté des réactions de colère et même de sidération lors de la levée du déni. Mais, contre toute attente, elle a investi très rapidement sa grossesse, laissant entrevoir l'ambivalence de son désir d'enfant : « *maintenant je vis au jour le jour, je ne veux pas prévoir des choses qui n'arriveront pas [...], dès que je projette, ça n'arrive pas, le bébé et le fait que je veuille être sapeur pompier* ». Cette dernière remarque nous conforte dans notre hypothèse selon laquelle il s'agit plus d'une *dénégation* que d'un déni de grossesse.

Pour la clarté de notre propos nous continuerons à parler dans ce travail de déni et non pas de dénégation de grossesse.

La littérature fait souvent état d'une particulière fréquence de ce que les auteurs nomment la « contagion du déni » ou le « déni partagé » dans les cas de déni de grossesse. L'entourage familial et social semble partager ce déni, souvent lui non plus n'a pas perçu l'existence de la grossesse.

La mère de Caroline semble avoir participé au déni de la grossesse de sa fille. Pourtant, cet été, elle l'a questionnée sur ses récentes modifications corporelles, la jeune adolescente a pu dire : « *elle a vu mon gros ventre* », puis elle aurait répondu à sa mère « *non, ça ne se peut pas car mon ami m'a promis qu'il ferait attention [...], moi je me rendais pas compte que j'avais un gros ventre* ». Il semble qu'il s'agisse d'un « déni partagé » entre la mère et la fille, comme si, l'espace d'un instant, elles avaient *toutes deux* émergé à la surface, ramenées à la réalité par la prise de conscience de l'existence de cette grossesse, pour replonger *toutes deux* l'instant suivant dans les profondeurs du déni.

Pour C. BONNET^{164/165} les adolescentes nient l'origine sexuelle de la grossesse, de l'enfant, et l'excitation sexuelle ressentie, notamment dans les cas de déni de grossesse. C'est comme si elles étaient enceintes sans avoir eu de rapport sexuel. Ceci nous renvoie

¹⁶⁴ Bonnet C., « Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé », in *Perspectives Psy*, vol. 41, n°3, juin-juillet 2002, p189-194.

¹⁶⁵ Bonnet C., « Grossesses impensables », in *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p113-117.

à ce que B. IGERT¹⁶⁶ a constaté au sujet de la sexualité chez les adolescentes enceintes, celle-ci semble avoir été peu ou mal investie ; la grossesse leur a permis *d'éviter* la sexualité, ne pas rencontrer l'homme.

Concernant Caroline, il ne semble pas qu'elle soit dans l'évitement de la rencontre avec l'homme. Le rôle du père de son enfant ne semble pas être réduit à celui de géniteur, nous pensons qu'il existe un désir d'enfant au sein de ce couple. Nous aborderons cette question un peu plus loin.

Il semble que *dans un premier temps*, le déni de grossesse pour Caroline est venu signifier le déni de l'existence d'un autre en soi, d'un autre différencié, étranger. Tout se passe comme s'il s'agissait « d'un tout », un tout qui est indifférencié, incluant Caroline, le bébé et sa mère. Ce déni de grossesse s'inscrit dans un mouvement régressif. *Puis, dans un deuxième temps*, Caroline a pris conscience de cet autre à l'intérieur d'elle-même, notamment *au moment de l'accouchement*, elle a vu son bébé en chair et en os, en dehors d'elle, différencié d'elle. Cette étape a été primordiale, elle a permis à Caroline de se différencier de sa mère dans un même mouvement. Ce moment de l'accouchement est venu présentifier *la coupure* entre Caroline et sa mère, avant de pouvoir être véritablement représenté.

La clinique nous montre, par l'existence de ce déni, la place de cette grossesse dans l'économie psychique de la jeune adolescente.

Cette évolution de la fonction de l'enfant apparaît de façon très nette dans les écrits de Caroline. Par ses écrits, elle tisse le lien et la distance nécessaires entre elle et son bébé, faisant le lit d'un désir d'enfant, c'est-à-dire d'un autre que soi.

II – Une quête identitaire

Nous avons vu précédemment qu'au moment de l'adolescence, le narcissisme, les identifications, l'identité sont remis en question. De nouveaux enjeux apparaissent, l'adolescent doit notamment se « désengager » du lien oedipien et « s'engager » dans un lien identificatoire.

¹⁶⁶ Igert B. Op. cit. (148)

F. LADAME¹⁶⁷ a souligné la difficulté pour la jeune fille de se distancier de sa mère à l'adolescence ; souvenons-nous de cette citation de l'auteur, au moment de la puberté : « *la captation de la mère préoedipienne est menaçante [...], tant elle est porteuse de possible indifférenciation.* » Cette constatation illustre la relation qui semble exister entre Caroline et sa mère, une relation que l'on pourrait qualifier de symbiotique. Nous sommes en présence d'une nette confusion identitaire entre la mère et la fille, d'une indifférenciation entre elles deux.

Le corps de la mère et le corps de la fille ne font « qu'un ». La grossesse de Caroline n'a pas mis de distance entre elle et sa mère, probablement du fait de l'existence du déni, contrairement au sens de *dégagement* de « l'emprise maternelle » que peuvent avoir certaines grossesses à l'adolescence. Comme nous l'avons vu, le déni de grossesse prend le sens du déni d'un autre différent de soi ; nous ne savons plus laquelle des deux porte le bébé entre la fille et la mère, tant elles sont « pleines l'une de l'autre », dans une confusion identitaire la plus totale.

Le travail psychothérapique aura permis de consolider la séparation de ces deux corps, le corps de la mère et le corps de la fille. Caroline est devenue sujet. Ce travail de *subjectivation* est illustré clairement dans ses écrits, la jeune fille et son enfant accèdent tous deux au statut de sujet. Ainsi, *au début* des écrits, la jeune fille évoque sa grossesse comme une « *erreur* », « *d'un risque pris* », la confusion des deux corps entre celui de sa mère et le sien est à son apogée. Puis, *dans un deuxième temps, lors de l'accouchement*, le bébé commence à être investi comme un sujet à part entière, séparé d'elle, Caroline lui parle comme à une personne différenciée d'elle ; à ce moment-là, elle devient mère de son enfant, prenant la parole comme une mère le fait avec son enfant : « *Anaïs, ma fille, je ne t'oublierai jamais, tu es ma première enfant, sans doute la dernière, tu es gravée dans mon cœur, je t'aime ma fille. Tu es partie dans le silence sans même ne rien dire, tu n'es plus là, plus de ce monde, le tien sera-t-il meilleur je l'espère fortement pour toi. J'aurais tellement voulu te toucher, te sentir, mais je n'étais pas prête, je t'en demande pardon. Ta présence est vide, mais dans mon cœur tu parles, tu parles tellement fort que mes larmes coulent par centaines. Mon petit ange, voilà déjà une semaine que je t'es mise au monde sans vie, je me sens seule, j'ai besoin de toi, de*

¹⁶⁷ Ladame F. Op. cit. (81)

ta présence, de ton courage [...]. Parle moi, raconte moi de ta vie là-haut, ce qu'il s'y passe ».

Ce travail de *subjectivation* continuera après sa sortie de l'hôpital : Caroline va s'orienter vers de nouvelles identifications, notamment dans sa rencontre avec les sapeurs pompiers. Ce regard tiers, masculin, permettra la reconnaissance de sa féminité. C'est comme si Caroline avait pu accéder à la fiction féminine par la fiction maternelle, *elle est devenue femme en devenant mère.*

Au moment de l'accouchement et dans les suites de son hospitalisation, Caroline et son enfant sont deux sujets distincts. Cela n'est pas sans nous évoquer la préoccupation maternelle primaire décrite par D. W. WINNICOTT¹⁶⁸, où la mère s'identifie à son nouveau-né sur le mode d'une identification projective afin d'être capable d'empathie à son égard. Cette identification, cette attention maternelle n'est pas du registre de la confusion : la mère et le bébé sont bien distincts l'un de l'autre.

De même, F. LADAME¹⁶⁹ a décrit ce moment sensuel nécessaire entre la mère et son bébé fille, cette dyade primitive dont il souligne les avantages. Là encore il ne s'agit pas de confusion entre les deux protagonistes. La mère aide son bébé à se penser lui-même.

Nous savons que l'adolescence est le temps où se construit *la subjectivité* de chacun, c'est-à-dire au sentiment d'être un sujet. L'adolescent devient alors le sujet de ses propres actes et pensées, il n'est plus dans la position de passivité de la période infantile. La survenue d'une grossesse à l'adolescence peut mettre en péril ce travail de subjectivation. Dans le cas de Caroline, il nous semble, *au contraire*, que c'est sa grossesse qui lui a permis de se reconnaître comme sujet à part entière. Elle est devenue sujet à travers l'expérience de la maternité, *lors de la levée du déni* et plus encore *au moment de l'accouchement.*

Il nous semble que sa mère ne lui a pas transmis ni n'a reconnu sa féminité, car elle-même n'a pas reconnu sa propre castration féminine. Caroline a fait elle ce travail de différenciation, contrairement à sa mère, elle reconnaît son bébé comme manquant, elle se reconnaît désirante de le rejoindre, cette grossesse a fait le lit d'un désir d'enfant. La

¹⁶⁸ Winnicott D. W. Op. cit. (119)

¹⁶⁹ Ladame F. Op. cit. (81)

mère de la jeune fille a fait obstacle à tout désir d'enfant chez sa fille. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin, dans la partie consacrée à « la dynamique du désir ».

Ces derniers mois, Caroline s'identifie massivement aux pompiers, dans un mouvement d'identification « au sauveur ». Elle est à la recherche d'un homme protecteur, elle s'entoure d'un environnement exclusivement masculin. Elle se situe clairement dans une problématique identificatoire adolescente. Souvenons-nous de ses propos : « *moi, ce que j'aime c'est aider les autres, sauver des vies, mais déjà j'avais envie il y a 5 ans* », « *on est là pour une seule chose, le devoir de sauver des vies* ». Cette vocation de sauver des vies fait partie bien-sûr du travail de deuil, du travail de réparation de Caroline. Cette vocation s'origine tout d'abord dans une identification/idéalisation de son père il y a quelques années, elle dit ainsi « *ils (les pompiers) ont appelé mon père, pourtant il n'est pas pompier, mais il sait mieux monter dans les arbres, il aime rendre service* ».

Ces derniers temps c'est comme si Caroline avait réintégré un autre corps, celui des pompiers, s'orientant vers une identité groupale. Par l'intégration de ce corps, elle marque la différence avec sa mère. De plus, elle semble également interroger le désir des hommes, voir comment un homme peut la regarder en tant que femme. Elle est en position de vouloir récupérer le phallus perdu, donc de pouvoir éprouver sa castration féminine. Elle se reconnaît alors comme manquante, comme toute femme. Ce qui semble maintenant possible c'est qu'elle s'éprouve en tant que femme dans le regard d'un homme.

Mais, à partir du moment où Caroline marque la distance avec sa mère, celle-ci fera tout pour maintenir cette indifférenciation entre elles deux ; en effet, nous avons vu avec quelle violence sa mère a agi vis-à-vis du père de l'enfant, elle n'a pas hésité à mettre en place une garde à vue, l'interdisant de voir sa fille et de voir son enfant puisqu'il n'a pas pu assister à l'accouchement et il était seul à la sépulture.

Dans les cas de déni de grossesse à l'adolescence, il a été constaté une confusion des rôles sur un registre transgénérationnel, notamment par le désir fréquent des grands-parents maternels de s'appropriier l'enfant.

Le manque de verbalisation autour de la sexualité est également noté dans la dynamique familiale des dénis de grossesse. Il semble exister un manque de parole, de

communication dans ces familles, nous le constatons bien dans le fait incroyable que la mère de Caroline ne voit pas que sa fille est enceinte.

F. LADAME a insisté sur le fait que l'essence du problème au sujet des identifications à l'adolescence chez la jeune fille « *n'est pas la rivalité* » entre la mère et la fille, mais plus « *la survie émotionnelle et psychique* » de l'adolescente, « *ne plus faire « Un » avec Mère* ». Pour lui, une des issues est la rencontre de la jeune fille avec une amie intime, un double narcissique. Nous avons vu l'importance à l'adolescence de ce temps que nous avons qualifié de temps « homo ». Ce temps joue également un rôle dans la construction de l'identité féminine de l'adolescente, la conforte dans son sentiment d'identité, dans le sentiment de sa personne dans son propre corps. Caroline ne semble pas avoir trouvé un étayage auprès d'un alter ego. Au contraire, ses relations avec ses pairs de même sexe sont conflictuelles, comme dans un mouvement d'être « tout sauf comme elles ». Ainsi, elle a pu dire au sujet des jeunes filles du foyer : « *je parle à personne, ce sont toutes des minettes [...], ça m'énerve des filles comme ça* ».

Nous avons vu que les propos et le comportement de la mère de Caroline à l'égard du père de l'enfant sont d'une extrême violence, il est complètement évincé de cette histoire, de sa propre histoire... il n'a pas sa place aux yeux de la grand-mère maternelle. Il n'y a aucune reconnaissance de la part de cette dernière de l'existence symbolique du père de l'enfant. Cette mère ne reconnaît pas sa fille comme femme, elle ne la reconnaît pas comme objet de désir d'un autre qu'elle.

La littérature décrit le père de l'enfant de mère adolescente comme étant le plus souvent absent. Il est fréquemment exclu de la relation mère-enfant, soit par l'adolescente elle-même, celle-ci ne l'ayant pas informé de sa grossesse, soit par sa mère.

Dans l'histoire de Caroline, c'est la mère de la jeune fille qui ne lui accorde pas de place. Pour cette mère, la grossesse de sa fille est la sienne, c'est une histoire entre deux femmes, les deux sont prises dans une confusion identitaire. C'est un peu l'enfant qu'elles ont fait « toutes seules », fantasme d'auto-engendrement de la toute-puissance infantile qui s'oppose à la réalité de la castration, à l'incomplétude de tout sujet.

Les écrits de Caroline montrent bien la constante oscillation de l'adolescente entre sa mère et le père de son enfant, nous notons très nettement des propos de l'adolescente qui ont été empruntés à sa mère. L'adolescente oscille entre *une position régressive*, symbiotique à sa mère, et une relation amoureuse avec le père de son enfant, *une*

position émancipatrice. Ainsi, souvenons-nous que Caroline était apaisée lorsque le père de son enfant lui a proposé d'être à ses côtés lors de l'accouchement, mais la mère réapparaît subitement pour venir annuler toute démarche du jeune père envers sa fille. En voici un exemple : « Il m'a demandé s'il pouvait assister à l'accouchement, sur le coup je lui ai dit oui car j'avais besoin de quelqu'un pour me soutenir vu que maman ne me reparlait pas encore.[...] J'hésite toujours un peu pour la réponse, je lui ai redit oui. [...] Maman est venue, on a bien parlé, j'étais contente, on a parlé de Nicolas, elle a porté plainte contre lui, car c'est vrai il a perturbé mon adolescence, mais c'est autant ma faute. »

III – La dynamique du désir

La grossesse à l'adolescence renvoie l'adolescente à la question de sa propre place dans le désir de ses parents. Ainsi l'énonce O. NICOLLE, « *pour la fille-mère, la puberté aura signifié le retour de l'énigme de sa naissance, c'est-à-dire du désir de ses parents, de sa mère.* »¹⁷⁰

Du manque au désir :

Nous voyons, à travers l'histoire de Caroline, comment la place du père vient convoquer toute la question du manque et du désir chez Caroline. Il agit en tant que tiers séparateur et différenciateur entre Caroline et sa mère, mais également il fait tiers aussi sur la question du désir chez sa fille.

Le manque que Caroline a ressenti à l'égard de son père ces derniers mois va nourrir la question du désir chez elle qui lui faisait défaut : désir d'un ailleurs, désir de réparation à travers les stages qu'elle effectue dans une animalerie où elle investit intensément des animaux blessés avec le désir de les guérir, mais également la question du désir oedipien qui était refoulé et qui est à l'œuvre actuellement. Ce désir oedipien va conduire Caroline à désirer d'autres hommes, comme nous le constatons en ce moment à travers sa rencontre avec les sapeurs pompiers.

¹⁷⁰ Nicolle O. Op. cit. (156)

Nous avons précédemment formulé l'hypothèse, à la lecture de l'histoire de Caroline, qu'il n'y a pas eu de transmission de la castration féminine de mère à fille.

Dans les grossesses à l'adolescence, il semble qu'il n'y ait pas eu de reconnaissance de la féminité de ces jeunes filles par leur mère, donc qu'il n'y ait pas eu de reconnaissance de la castration féminine.

Nous avons vu qu'à *la période oedipienne*, la petite fille s'identifie normalement à sa mère, à cette mère désirante de son père. Pour désirer il faut manquer, la fillette s'identifie à sa mère châtrée, manquante, qui désire son père. C'est le désir d'avoir l'organe masculin du père qu'elle n'a pas, qui deviendra ensuite le désir d'avoir un enfant de lui, comme sa mère. Le père agit comme tiers séparateur de l'objet qu'est la mère, condition nécessaire au désir d'enfant. Cette phase de développement semble avoir été télescopée dans l'histoire de ces jeunes mères adolescentes. La mère de ces jeunes filles n'était ni manquante ni désirante, dans un déni de sa propre castration. La mère et la fille ne font « qu'une ». Le déni de grossesse a la même valeur que le déni de la castration, ils s'inscrivent tous les deux dans un même mouvement régressif de retour à une fusion originelle.

B. IGERT constate une évolution favorable d'un groupe de mères adolescentes dans lequel ces jeunes filles avaient eu l'expérience dans leur enfance de l'investissement de leur mère par leur père.

Pour Caroline, le désir oedipien resurgit *après sa grossesse*, elle montre alors des réactions d'hostilité à l'égard de sa belle-mère, pouvant dire à son père : « *T'as perdu ta petite fille, si tu voulais me perdre comme ta petite fille, tu resterais avec Monique (sa belle-mère)* » mais ajoutant, « *j'ai besoin de toi, laisse-moi revenir de temps en temps* ».

C'est un appel à l'aide à son père.

C'est la grossesse de Caroline qui a permis de créer le manque : la perte de son bébé a permis à Caroline de faire venir son père et le père de son enfant. Le manque a permis l'émergence d'un désir d'enfant, qui était latent auparavant. Ceci nous le constatons à travers ses écrits, le père de l'enfant s'est rendu à l'hôpital lorsqu'il a appris que Caroline était enceinte : « *Nicolas me demande plein de renseignements. Comment va ma fille ? je lui ai expliqué là au bout du fil, il s'est effondré en larmes. Il m'a demandé s'il pouvait assister à l'accouchement, sur le coup je lui ai dit oui.* »

Caroline a pu mettre de la distance entre elle et son enfant. L'accouchement de cet enfant mort a présentifié le manque, Caroline est devenue dès lors désirante. La dynamique du désir est en quelque sorte « relancée » : *dans un premier temps*, le désir d'enfant se met en place puis, *dans un deuxième temps*, ce désir d'enfant conduira au désir d'autres hommes.

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle, pour certaines grossesses adolescentes, le désir d'homme, au sens de désir amoureux, s'origine dans le désir d'enfant, et non pas l'inverse.

C'est sur cette base de l'autre absent que la mécanique du désir se met en marche.

Dans un premier temps, Caroline fonctionnait sur un mode très projectif, elle était dans des identifications projectives et dans le clivage. *Puis, dans un deuxième temps*, par la grande absence de son enfant, elle est devenue sujet désirant, elle a en quelque sorte rétabli un dialogue avec son inconscient.

*« Soudain, et pour la première fois, je me rendis compte que j'étais un être de désir. Je veux, je veux, je veux, criait en moi une voix. » (C. DOWLING¹⁷¹ in *Le complexe de Cendrillon. Les femmes ont secrètement peur de leur indépendance*)*

Le désir d'enfant :

Nous avons vu que, pour M. BYDLOWSKI¹⁷², le désir d'enfant semble ne pas exister chez l'adolescente, du fait de la résurgence de la problématique oedipienne et de la mise à distance à l'adolescence de l'image maternelle tendre des premiers temps, image associée à tout désir d'enfant.

Pour cet auteur, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est un appel au secours à cette mère de la tendresse de la période pré-oedipienne.

Concernant Caroline, il nous semble que l'appel à l'aide à cette mère tendre et apaisante s'est manifesté initialement par plusieurs passages à l'acte auto-agressifs pendant l'été, puis, par la survenue de sa grossesse. En effet, au sujet des tentatives de suicide médicamenteuses, Caroline a pu dire « *c'était un appel au secours, je voulais qu'on s'occupe de moi* », et ajouter ensuite « *ma mère est toujours avec mon beau-père* ».

¹⁷¹ Dowling C. cité par Ladame F. Op. cit. (81)

¹⁷² Bydlowski M. Op. cit. (135/136)

Cette dernière réflexion de la jeune fille renvoie bien à une image sexuée de sa mère, une image qui est très éloignée de l'image maternelle de la tendresse.

Cet appel à l'aide à la mère archaïque semble pathologique *au début de la grossesse de Caroline et jusqu'à la levée du déni*, puisque ce qui est à l'œuvre est un souhait de retour à une fusion originelle, dans un mouvement d'intense confusion mère-fille.

Comme le souligne BYDLOWSKI, une phase primordiale du processus d'identité féminine a été télescopée chez ces adolescentes, celle de la période initiale d'identification à la mère des premiers temps.

Lors de la levée du déni, l'adolescente investit massivement sa grossesse, du fait très certainement d'un désir d'enfant qui est latent et ambivalent.

A travers ses écrits, nous observons toute l'ambivalence de son désir d'enfant : « *je ne voulais pas être maman à 15 ans [...], je n'aime pas les enfants, je voulais pas être enceinte* », puis dira ensuite « *dès que je projette, ça n'arrive pas, le bébé et être sapeur pompier* ».

Il semble que sa relation avec le père de son enfant se soit inscrite dans une véritable relation amoureuse. C'est un ami d'enfance, ils étaient en couple depuis 10 mois. Il n'a pas uniquement une fonction de géniteur. Nous voyons là une tentative de Caroline d'aller vers un homme, mais elle est prise dans cette relation de confusion avec sa mère. Les écrits de Caroline montrent, qu'*au début*, le désir d'enfant ne s'articule pas avec une relation amoureuse, les mots employés sont très techniques, « *j'ai eu deux rapports non protégés, on savait tous les deux ce que l'on risquait* » ; puis, le style des écrits change, lors de la révélation de la grossesse, le couple parle ensemble de leur enfant : « *J'ai vu Nicolas qui est venu le lundi 4 octobre, on a parlé d'Anaïs tout le temps que l'on était ensemble. J'hésite toujours un peu pour la réponse, et quand il m'a redemandé, je lui ai redit oui* ». La grossesse et l'accouchement ont permis à Caroline d'accéder à son désir d'enfant.

L'enfant imaginaire et la capacité de rêverie :

Souvenons-nous de la séance où Caroline nous relate la présence d'un perroquet somptueux et d'un autre oiseau estropié lors d'un stage dans une animalerie. Le bel oiseau est la représentation de l'enfant imaginaire et l'oiseau blessé représente l'enfant réel, handicapé. Caroline est parvenue à se représenter l'enfant imaginaire et l'enfant

réel. Ce travail de représentation n'était pas encore possible il y a quelques mois, et notamment au moment de sa grossesse.

Nous sommes tentés de penser que, du fait de l'existence du déni de grossesse, le bébé n'a jamais pu être imaginé par Caroline, aucun lien entre la mère et l'enfant n'a pu s'établir. Mais B. IGERT a constaté l'absence d'enfant imaginaire lors des entretiens avec des adolescentes enceintes.

Ainsi, cet auteur s'interroge sur le rôle de l'enfant réel (de sa présence effective) dans la mise en place des représentations chez ces jeunes filles. C'est comme si une rêverie était devenue possible chez ces jeunes mères *après la naissance de l'enfant*, lorsque le bébé réel était présent.

En ce qui concerne Caroline, sa capacité de rêverie, sa représentation de l'enfant imaginaire semblent se mettre « en marche » lorsqu'elle a pu voir son enfant mort.

Nous rejoignons B. IGERT sur la nécessité de la présence réelle du bébé dans la mise en place des représentations chez ces jeunes filles. Nous ajoutons, à la lecture de l'histoire de Caroline, que cette capacité de rêverie est retrouvée grâce à la présence de l'enfant réel, *qu'il soit vivant ou qu'il soit mort*. Cette rêverie apparaît clairement dans ses écrits, lorsque son enfant est séparé d'elle. Pour Caroline, son enfant mort a fait le lit d'un manque, d'une lacune, relançant chez elle une dynamique du désir.

CONCLUSION

Le discours et les attitudes parfois stigmatisantes des professionnels autour des grossesses adolescentes ne manquent pas. Le risque est de confiner ces jeunes filles dans un statut de « victime ». Elles seraient victimes de leurs conditions sociales, victimes de leur immaturité psycho-affective et victimes de leur histoire. La grossesse à l'adolescence renvoie à une sexualité agie qui risque fort d'occulter la parentalité à venir.

Cette grossesse à un âge si jeune dérange et angoisse. Elle lance un défi à notre société avide de normalité, comme si elle venait pointer ses failles. On cherche alors à comprendre l'origine du « dérapage ». On s'interroge sur l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle et des programmes de prévention. Mais, que cherche-t-on à prévenir ? une maladie ? un fléau social ? Ne s'agit-il pas d'occulter voire de dénier à ces jeunes filles un désir d'enfant ?

Sur ce point nous rejoignons N. ATHEA. Ainsi, la meilleure prévention serait de permettre à ce désir d'exister et de s'exprimer. En effet, même si la plupart des adolescentes font le choix de reporter ce désir d'enfant à plus tard, un certain nombre d'entre elles ne veulent pas le différer. Nous avons vu que des études récentes, comme celle de la maternité de Nancy, montrent qu'un nombre non négligeable de grossesses adolescentes est le fruit d'un désir d'enfant émanant d'un couple.

Quelle place notre société actuelle accorde à l'adolescent, « en tant qu'être sexué et désirant » ? Notre société semble lui reconnaître une sexualité, à condition qu'elle soit dissimulée. Or la grossesse vient justement montrer une sexualité qui a été agie dans des conditions qui ne sauraient être le simple fruit du hasard ou d'un pur accident.

Que vient signifier la grossesse à l'adolescence ?

Trois générations se convoquent lors de transactions inconscientes : la grand-mère maternelle, l'adolescente et son bébé.

Il semble que, dans certains cas, le bébé de la mère adolescente vient s'inscrire dans « une remise en marche » des générations, dans une dynamique, et non pas dans un bégaiement générationnel.

A travers l'histoire de Caroline, il nous apparaît que certaines grossesses adolescentes soient une voie de passage maturante. Certes la grossesse de cette jeune fille apparaît comme le témoin d'un échec de sa capacité à remobiliser fantasmatiquement son histoire oedipienne. Mais il apparaît également que cet évènement ait pu faire le lit de nouveaux désirs et donc d'une « remise en marche » de son existence. La grossesse de Caroline a semble-t-il fait le lit d'un désir d'enfant.

Par cette grossesse, Caroline a eu accès à une identité de femme : elle est devenue femme en devenant mère.

Ce bébé mort lui a permis de se différencier de sa mère, de « s'en dégager ». S'il avait vécu, nous pouvons nous interroger quant à la place de ce bébé dans la famille. Il est possible qu'il eut été « un bébé à deux mères », pris dans une confusion générationnelle. Il semblerait qu'il n'eut pas eu de place, comme pris au piège « *d'un emboîtement indéfini de poupées russes* » (O. NICOLLE).

C'est un peu comme si Caroline avait dû en passer par-là pour advenir.

La mort d'un bébé a fait naître sa mère comme femme sujet de son désir.



Les trois âges de la femme (G. Klimt)

BIBLIOGRAPHIE

1. ALVIN P., « Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture »
In *La revue du Praticien*, 2002, n°52, p237-239.
2. ALVIN P., MARCELLI D., *Médecine de l'adolescent*.
Ed. Masson, Collec. Pour le praticien, Paris, 2000, 301p.
3. ANDRE J., LE NESTOUR A., FAURE-PRAGIER S. et al., *Mères et filles. La menace de l'identique*.
Sous la dir. de J. André, Petite Bibliothèque de psychanalyse, Ed. PUF 2003, 168p.
4. ATHEA N., « La grossesse comme facteur de violences à l'adolescence »
In *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} Colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p53-63.
5. AUBRY C., SCHWEITZER M., DESCHAMPS J-P., « Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence »
In *Arch. Fr. Péd.*, 1988, 45, p845-849.
6. BARRACO-DE-PINTO M., « Comment la sexualité vient aux enfants »
In *Revue Enfance et Psy*, 2001, 17, p17-20.
7. BONIERBALE M., « Les premiers rapports »
In *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot – Paris 2003, p5-19.
8. BONNET C., « Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé »
In *Perspectives Psy*, vol. 41, n°3, juin-juillet 2002, p189-194.
9. BONNET C., « Grossesses impensables »
In *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p113-117.
10. BOUYX A., « Le contexte juridique de la maternité à l'adolescence »
In *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p43-49.
11. BRACONNIER A., « Les rites d'initiation à l'adolescence. Point de vue psychologique et psychopathologique »
In *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1983, 31 (8-9), p383-384.

12. BYDLOWSKI M., « Adolescence. Être parent face aux amours adolescentes »
In *Gynécologie et Psychosomatique*, n°5, 1992, p10-13.
13. BYDLOWSKI M., « Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation »
In *Le monde du bébé*, Paris, Ed. PUF 1990, p57-65.
14. BYDLOWSKI M., « Désirer un enfant ou enfanter un désir, approche psychanalytique de la maternité »
In *Désir d'enfant, refus d'enfant*, sous la dir. du Pr F. Charvet, Ed. Stock Pernoud, 1980, p85-104.
15. BYDLOWSKI M., « L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité »
In *Adolescence*, 2000, 18, 2, p605-620.
16. BYDLOWSKI M., « Le désir d'enfant chez l'adolescente enceinte »
In *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p21-26.
17. BYDLOWSKI M., « Les infertiles. Un enjeu de la filiation féminine »
In *Nouv. Rev. de Psychanalyse*, 1992 ; 45 : p143-160.
18. BYDLOWSKI M., « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie »
In *Devenir père, devenir mère, naissance et parentalité*, sous la dir. de M. Dugnat, Ed. Erès 2000, p 75-81.
19. BYDLOWSKI M., *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité*.
Paris, Ed. Odile Jacob 2000, 186p.
20. BYDLOWSKI M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*.
Paris, Ed. PUF 1997, Collec. Le fil rouge, 199p.
21. CHOQUET M., « Les comportements à risque à l'adolescence »
In *Adolescence*, 1999, 17, 2, p175-178.
22. DADOORIAN D., « La grossesse désirée chez les adolescentes dans les milieux défavorisés : quelques réflexions à partir d'une étude réalisée au Brésil »
In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2000 ; 48 : p44-50.
23. DAYAN J., « Les maternités adolescentes »
In *Attendre un enfant II. Aléas, drames et vicissitudes*, sous la dir. de J. Dayan, Ed. Erès, Spirale n°8 / 1998, p37-45.
24. DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M., « Le déni de grossesse »
In *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Ed. Masson 1999, p41-50.
25. DAYMAS-LUGASSY S., « Premier amour »
In *Rev. franç. Psychanal.*, 3-4 / 1980, p543-555.

26. DECHRISTE Y., DANION-GRILLIAT A., « Sexualité de l'adolescente »
In *Annales de Psychiatrie*, 1998, 13, n°2, p151-156.
27. DESCHAMPS J-P., « La mère adolescente, le couple adolescent et l'enfant »
In *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Paris, Ed. PUF 1997, tome 4, p2663-2677.
28. DESCHAMPS J-P., « La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation ? »
In *Les cahiers de l'AP-HP, J.P.O.P. 97*, 5^{ème} Journée Parisienne Obstétrico-Pédiatrique, p70-72.
29. DESCHAMPS J-P., « Maternité et paternité précoces, le couple adolescent et l'enfant »
Cahiers de la puéricultrice, n°138, juin 1998, p12-15.
30. DESCHAMPS J-P., ALVIN P., « La grossesse, la maternité et la paternité »
In *La Santé des adolescents. Approches, soins, prévention*, sous la dir. de P.-A. Michaud et P. Alvin, Ed. Payot Lausanne 1997, p302-313.
31. DESCHAMPS J-P., *Grossesse et maternité chez l'adolescente*.
Paris, Ed. Le Centurion, 1976.
32. DEUTSCH H., « Les filles-mères »
In *La psychologie des femmes*, tome II, Maternité, 1^{ère} Ed. PUF 1949, Ed. Quadrige 1987, p289-338.
33. DOLTO C. et al., *Dico Ado, les mots de la vie*.
Ed. Gallimard Jeunesse 2001, 500p.
34. DUPREZ D., « Attitude des adolescents devant la sexualité »
In *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, CNIDFF, p51-56.
35. ELIACHEFF C., HEINICH N., *Mères-filles, une relation à trois*.
Paris, Ed. Albin Michel 2002, 420p.
36. FAUCHER PH., « Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence »
In *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot – Paris 2003, p35-48.
37. FERBOS C., « Fils de...Fille de... »
In *L'Evolution Psychiatrique*, 54, 1, 1989, p93-104.
38. FIZE M., *Les Adolescents*.
Ed. Le cavalier bleu, Collec. Idées Reçues, 123p.
39. FREUD S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*.
Ed. Gallimard, Coll. Folio essais, Paris, 1987, 211p.

40. FREUD S., « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans) »
In *Cinq psychanalyses*, Ed. PUF 1966, p93-198.
41. FREUD S., *La vie sexuelle*.
Ed. PUF 1969, 159p.
42. FURSTENBERG F. F., BROOKS-GUNN J., PHILIP MORGAN S., “ Adolescent mothers and their children in later life ”
In *Family Planning Perspectives*, vol. 19, n°4, July / August 1987, p142-151.
43. GOLSE B., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*.
Ed. Masson, Collec. Médecine et Psychothérapie, Paris 2001, 303p.
44. GRANGAUD N., « Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature »
In *Perspectives Psy*, vol. 41, n°3, juin-juillet 2002, p174-181.
45. GUEDENEY N., « Dépressions maternelles post-natales, « devenir mère » ou « qu'il existe bien une différence des sexes » »
In *Devenir*, vol. 9, n°2, 1997, p21-32.
46. HALPERIN M., HALPERIN D.-S., « Contraception conflictuelle chez l'adolescente. Hypothèses psychodynamiques sur les désirs de grossesse et de maternité »
In *Méd. et Hyg.*, 40, 1982, p1622-1626.
47. HORWITZ S. M., KLERMAN L. V., SUNG KUO H., JEKEL J. F., “ School-age mothers : Predictors of long-term educational and economic outcomes ”
In *Pediatrics*, vol. 87, n°6, june 1991, p862-868.
48. IGERT B., « Être mère avant 18 ans : projet pour soi-même et/ou pour l'enfant ? »
In *Parents*, Les textes du Centre Alfred Binet, Juin 1984, p131-140.
49. IGERT B., « Corps sexué, adolescence et maternité »
In *Rev. Fr. Psychanal.*, Maternité / Féminité, PUF, 1987, 6, p1613-1628.
50. JANKY E., GALLAIS A., LANDRE M., « Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente »
In *Encycl. Méd. Chir. Gynécologie-Obstétrique*, 5-016-D-10, 1996, 6p.
51. JEAMMET P. , « Les destins de la dépendance à l'adolescence »
In *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1990, 38 (4-5), p190-199.
52. JEAMMET P., « Corps et psychopathologie de l'adolescent »
In *L'information Psychiatrique*, vol. 60, n°8, oct. 1984, p889-903.
53. JEAMMET P., « Fonctionnement psychique à l'adolescence et travail de représentation »
In *Rorschachiana*, Ed. Hogrefe et Huber, vol 17, 1990, p21-25.

54. JEAMMET P., « L'identification à l'adolescence, en hommage à Evelyne Kestemberg »
In *Adolescence*, 1989, 7, 2, p5-8.
55. JEAMMET P., « Les enjeux narcissiques de l'adolescence »
In *Journal de la psychanalyse de l'enfant* sur le thème *Le narcissisme à l'adolescence*, Colloque de Monaco, Ed. le Centurion, 1991, p147-183.
56. JEAMMET P., « Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence »
In *Rev. Franç. Psychanal.*, 3-4 / 1980, p481-521.
57. JOURDAIN C., « Les mères adolescentes et leur bébé »
In *Entretiens de Bichat, Psychiatrie*, sept 1988 : p189-192.
58. KAFE H., BROUARD N., « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? »
In *Population et Sociétés*, n°361, octobre 2000, 4p.
59. KESTEMBERG E., « L'identité et l'identification chez les adolescents »
In *Psychiatrie de l'enfant*, 1962, vol. 5, 2, p441-522.
60. KNIBIEHLER Y., « Attendre un enfant, regard sur le passé »
In *Attendre un enfant, désirs et représentations*, sous la dir. de J. Dayan, Ed. Erès, Collec. Spirale n°6 / 1997, p15-22.
61. KNIBIEHLER Y., « Un éternel recommencement ? »
In *Monoparentalités : échec ou défi ?*, série Mutations, n°134, Ed. autrement, janvier 1993, p18-26.
62. LACAN J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je »
In *Communication faite au XVIème Congrès International de Psychanalyse*, Zürich, le 17 juillet 1949.
63. LACHCAR P., « Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente »
In *Gynécologie et Psychosomatique*, 1991, n°1, p5-8.
64. LADAME F., « Adolescence et Féminité : histoire d'une histoire »
In *Adolescence*, 1983, 1, 2, p217-237.
65. LADAME F., « Identité et identifications sexuées pathologiques », dans le cadre de l'enseignement du Diplôme Inter-Universitaire de Médecine et Santé de l'adolescent, Facultés de Médecine d'Angers, Poitiers et Tours, année 2004-2005.
66. LADAME F., « Le développement psychique de l'adolescent et le passage de la sexualité infantile à la sexualité adulte »
In Arvis G., Forest M. G. et Sizonenko P. C., *La puberté masculine et ses pathologies*, Progrès en andrologie, Doin, Paris, 1993 (4) : p71-78.

67. LEOVICI S., « Du côté de l'enfant »
In *Monoparentalités : échec ou défi ?*, série Mutations, n°134, Ed. autrement, janv. 1993, p114-125.
68. LEOVICI S., « Gynécologues et problèmes psychologiques et psychopathologiques de l'adolescence »
In *Encycl. Méd. Chir., Gynécologie*, 802-A-01, 1996, 7p.
69. LEOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste – Les interactions précoces*. Paris, Ed. Le Centurion, Collec. Paidos, 1983, 377p.
70. MALKA J., DUVERGER P., *Sexualité normale et ses troubles*, dans le cadre de l'enseignement de pédopsychiatrie au C.H.U. d'Angers, année 2004.
71. MARCELLI D., « Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence. Quelques questions sur les interactions précoces mère-enfant »
In *Adolescence*, 2001, 19, 1, p71-97.
72. MARCELLI D., « Adolescence et Parentalité, le passage à l'âge adulte »
In *Nervure*, Tome VIII, n°4, mai 1995, p33-37.
73. MARCELLI D., « Adolescence, grossesse et sexualité. Une douloureuse conjonction »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p39-46.
74. MARCELLI D., « Imitation + Représentation = Identification ? Quelques hypothèses sur les processus d'imitation précoce et d'identification secondaire entre le fils et le père »
In *Adolescence*, 1989, 7, 2, p35-52.
75. NASIO J.-D., *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Ed. Payot et Rivages 2001, 304p.
76. NICOLLE O., « L'adolescente au bébé »
In *Etudes psychothérapeutiques*, 1987, 69, p207-212.
77. NICOLLE O., « L'adolescente entre sa mère et son bébé »
In *Adolescence*, 1989, 7, 1, p105-111.
78. NISAND I., « La prévention de l'IVG chez les adolescentes »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 décembre 2000, Poitiers, 2^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p35-37.
79. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « Grossesse, accouchement »
In *La santé observée dans les Pays de la Loire*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ed. 2003-2004, p84-85.

80. OSOFSKY J-D., EBERHART-WRIGHT A., WARE L. M., HANN D. M., « Les enfants de mères adolescentes : un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie »
In *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVI, 1, 1993, p253-287.
81. PAGET A., « Les petites marionnettes »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p81-84.
82. PAJOT O., « L'a-maternité adolescente »
In *Adolescence*, 1984, 2, 2, p377-382.
83. PASINI W., « L'enfant imaginaire »,
In *Désir d'enfant, refus d'enfant*, sous la dir. du Pr F. Charvet, Ed. Stock Pernoud 1980, p117-123.
84. PASINI W., « Les bons enfants à venir »
In *Les bons enfants*, sous la dir. de M. Soulé, Ed. ESF, 1983, Collec. La vie de l'enfant, p59-69.
85. PASINI W., « Les fonctions non sexuelles de la sexualité adolescente »
In *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p33-39.
86. PAWLAK C., « Grossesse à l'adolescence »
In *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio, Ed. PUF 2000, p304-307.
87. PAWLAK C., « Interruption volontaire de grossesse »,
In *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio, Ed. PUF 2000, p370-371.
88. RACAMIER P-C., « A propos des psychoses de la maternalité »
In *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, sous la dir. de M. Soulé, 3^{ème} Ed. ESF, Collec. La vie de l'enfant, 1980, p 41-50.
89. RACAMIER P-C., « La maternalité psychotique »
In *De psychanalyse en psychiatrie*, Bibliothèque scientifique Payot, Ed. Payot et Rivages 1998, p193-229.
90. RAYMOND G., « Grossesse de l'adolescente : éthique et droit »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 décembre 2000, Poitiers, 2^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p103-117.
91. ROLLET C., « Contexte historique et social du phénomène »
In *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc. 1990, Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CNIDFF), Paris, p35-41.

92. ROS C., « Sexualité, grossesse et I.V.G., données épidémiologiques »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc 2000, Poitiers, 2^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p23-32.
93. ROS C., *Grossesse à l'adolescence : étude comparative avec l'adulte jeune*.
Thèse de Psychiatrie, Poitiers, année 2002, 200p.
94. SALAMAGNE S., *Estime de soi chez les adolescentes enceintes : étude comparative avec l'adolescente non enceinte et l'adulte jeune*.
Mémoire de Psychiatrie, Poitiers, année 2004, 185p.
95. SCHONFELDER T., « Mères et leurs filles en puberté »
In *Confrontations psychiatriques*, n°29, 1987, p77-90.
96. SEINCE N., PHARISIEN I., UZAN M., « Grossesse et accouchement des adolescentes »
In *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot – Paris 2003, p209-224.
97. SERFATY D., « Contraception des adolescentes »
In *L'Adolescence*, Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ed. Vigot – Paris 2003, p21-34.
98. SIBERTIN-BLANC D., « Le bébé de mère adolescente, à qui appartient-il ? »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, p89-99.
99. SIMON P.(1972), *Rapport sur le comportement sexuel des Français*.
Ed. R. Julliard & P. Charron, Paris, 922 p.
100. SMIRNOFF V., « La relation d'objet et le vécu infantile »
In *La psychanalyse de l'enfant*, Ed. PUF 1966, p183-292.
101. SMIRNOFF V., « L'Œdipe : complexe, situation, structure »
In *La psychanalyse de l'enfant*, Ed. PUF 1966, p293-329.
102. SOULE M., « La haine, le souhait de mort »
In *Ecoute voir...l'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation*, Ed. Erès, Collec. A l'aube de la vie, 1999, p229-331.
103. SOULE M., « L'enfant dans la tête - L'enfant imaginaire »
In *La dynamique du nourrisson, ou quoi de neuf bébé ?*, sous la dir. de T. B. Brazelton, Ed. ESF, 1983, p136-175.
104. SPIRA A., BAJOS N. ET LE GROUPE ACSF (1993), *Les comportements sexuels en France*.
Doc. Française, Coll. Rapports Officiels, 352 p.
105. STAGNARA D., *Aimer à l'adolescence. Ce que pensent et vivent les 13-18 ans*.
Paris, Ed. Dunod 1998, 156p.

106. STALBERG A., CAMPANA A., « IVG - Contraception. Expérience genevoise »
In *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} Colloque sur la relation précoce parents-
enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p77-80.
107. STEINBERG N., « « Lui ou Nous », quelques questions sur les parents des
adolescentes devenant mères »
In *Grossesse et Adolescence*, Actes du colloque du 9 déc. 2000, Poitiers, 2^{ème} Journée
de Médecine et Santé de l'Adolescent, p101-102.
108. TERNYNCK C., « Réflexions sur les homosexualités féminines à l'adolescence »
Extrait du livre *L'Epreuve du féminin à l'adolescence*, in *Les amours adolescentes*, La
lettre du grape, n°45, sept 2001, p33-40.
109. TITRAN M., « Accompagnement des mères les plus démunies »
In *Maternités adolescentes*, Actes des Journées d'étude nationales des 17-18 déc.
1990, CNIDFF, p135-137.
110. UZAN M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des
adolescentes.*
A la demande du Directeur Général de la Santé, Menard J., Paris, 1998.
111. VILLAR J., BARROS F., VICTORA C., « Adolescente enceinte : analyse
comparative des recherches en cours »
In *L'Adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-
enfants, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1993, p3-14.
112. WARE L. M., « Les grossesses des adolescentes aux Etats-Unis d'Amérique »
In *Devenir*, vol. 11, n°4, 1999, p23-48.
113. WINNICOTT D. W., “ L'adolescence, une lutte à travers le cafard”
In *Psychiatrie de l'adolescent*, S. C. Feinstein et al., Paris, PUF 1982, p15-29.
114. WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse.*
Ed. Payot 1969, 464p.
115. WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel.*
Ed. Gallimard, Collec. Folio essais, 1975, 276p.

ANNEXE

Extraits des écrits de Caroline, à sa demande.

Dans un souci de rester fidèles aux propos de Caroline, la transcription de ses écrits est littérale.

*Ses écrits débutent ainsi : « Une adolescence perturbée,
Une vie perdu »*

« Avant ses trois semaines qui ont commencée à partir du mercredi 22 sept dans le début d'après-midi, je sortais avec un garçon de 19 ans, qui s'appellait Nicolas, en qui j'avais confiance, en qui je croyais, en qui je lui avait apporter mon amour au cour de ses 10 dernier mois que j'étais avec lui. Mais seulement au bout de ses 10 mois, j'ai eu une période dont environ après les trois premiers mois de connaissance, j'ai eu deux rapport non protégé car il ne voulait. On savait tout les deux ce que l'on risquait mais il m'avait jurer de faire très attention. Je lui est donné cette confiance, seulement il m'a trahit car au bout de ses 7 mois après ses deux rapport lors d'un examen médical ont ma annoncé cette grossesse cachée par mes problèmes d'anorexie, aucun signe ne fut anormale apart l'arrêt de mes règles, mais je m'était renseigner au près d'une copine à qui sa lui était déjà arrivé et son médecin lui avait dit que c'était dû au stress, donc moi hyper stresser je me suis pas poser de questions, j'ai penser que c'était ça tout simplement. Aucun n'autre signe m'a pu paraître anormal, mon poid était pareil, aucune nausée, rien.

Un conseil les filles quand vous n'avez plus vos règles [...], n'attendez pas, consulter un médecin de suite ou aller au planning familiale avant que soit faite une énorme bêtise et que vous le regretterez comme moi jusqu'à la fin de votre vie. *(NB : ce dernier passage a été écrit à l'encre rouge par Caroline)*

Donc le jour de cet examen le mercredi 22 sept après que l'on mais annonçait cette nouvelle, j'ai était passé des échographies qui ont bien confirmé cette grossesse. Jour

après jour, les docteurs ont détecté une très grave anomalie cérébrale c'est une maladie naturelle, que l'homme n'a pas de remède pour guérir. Déjà de savoir que j'étais enceinte me fut un choc mais en plus que mon bébé soit malade là c'est le ciel qui m'est tombé sur la tête. [...] J'en ai eu et j'en aurai encore longtemps très longtemps sur le cœur. En ce mercredi 29 sept j'ai déjà le moral à zéro. Ce soir tout les médecins, gynéco ont réunion pour exposer mon cas, et ce qui est le mieux pour moi. J'ai déjà mon idée c'est faire une IMG (Interruption médicale de la grossesse). Car je l'ai moi-même constaté sur les échographie que ma petite Anaïs a vraiment une très très grave anomalie, si elle reste parmi nous elle ne pourra pas parler ni marcher mais devra rester au lit jour pour jour.

C'est monstrueux d'en arriver là. Mais si je fait cette interruption c'est pour elle et moi pour ne pas que l'on souffre d'avantages.[...] Il est 14h30 Nicolas m'appelle enfin au bout de trois mois sans nouvelle, sans aucun signe de vie, il est au courant [...]. Nicolas me demande plein de renseignements. Comment va ma fille ? je lui est expliqué là au bout du fil, il s'est effondré en larmes. Il m'a demandé si il pouvait assister à l'accouchement, sur le coup je lui est dit oui car j'avais besoin de quelqu'un pour me soutenir vu que maman ne me reparlez pas encore.

L'IMG a lieu le 7 oct, j'ai eu le temps de réfléchir. J'ai vu Nicolas, on a parlé d'Anaïs tout le temp que l'on était ensemble. J'hesite toujours un peu pour la réponse et quand il m'a redemandé je lui est redit oui. Mardi matin maman est venu, on a bien parlé, j'étais contente. On a parlé de Nicolas, elle a porté plainte contre lui, elle veut plus que je le revois car et c'est vrai il a perturbé mon adolescence mais c'est d'autant ma faute. Il a perturbé ma vie à cause d'un geste qu'il n'a pas voulu faire se protéger et me protéger en même temp [...].

J'ai accouché de ma petite puce Anaïs sans vie en fin de matiné du jeudi 7 oct. Maman la prise en photo, moi je n'ai pu la regarder que quelques secondes, elle était si belle dans sa petite tenue rose [...]. Nicolas était en garde à vu à l'hôpital.[...]

Samedi 9 oct. le matin, je quitte l'hôpital pour rejoindre [...] le cimetière de l'est. Maman et moi ont a tout fait pour que Nicolas n'y assiste pas en même temp que nous. Seulement il était là. Une éducatrice a appeler les gendarmes, ils se sont arrangés avec Nicolas. L'enterrement a lieu, il y assistera après nous. [...] Anaïs ma fille je ne t'oublierai jamais, tu es ma première enfant sans doute la dernière, tu es gravé dans mon cœur je t'aime ma fille.

Tu es parti dans le silence sans même ne rien dire, tu n'est plus là, plus de ce monde, le tien sera t il meilleur, je l'espère fortement pour toi. J'aurai tellement voulu te toucher, te sentir, mais je n'étais pas prête je t'en demande pardon. Ta présence est vide, mais dans mon cœur tu parles, tu parles tellement fort que mes larmes coulent par centaines. Mon petit ange voilà déjà 1 semaine que je t'es mise au monde sans vie, je me sens seule, j'ai besoin de toi, de ta présence, de ton courage, de t'entendre même si cela ne dure que quelques secondes. Parles moi, raconte moi de ta vie la-haut, ce qui s'y passe, ce qu'il y a, si il y a des petits lapins rose et jaune comme le tien.[...]

Anaïs, ma fille, ma puce, mon ange, ma vie. Te laisse pas faire, te laisse pas abattre. N'oublie jamais que je t'aime et que chaque seconde qui passe elles sont pour toi. [...]
Tu me demandes pourquoi, pourquoi tout ça, pourquoi nous, mais hélas je ne peux répondre à tes dizaines, centaines voire des milliers de questions qui te trottent et te tourmentent dans ta tête. Malheureusement personne n'a de réponse, c'est la nature et c'est ainsi, dieu la choisit [...] a t il voulu me punir de quelque chose, mais pourquoi toi ? [...]

Dans mon cœur il y aura toujours cette cicatrice, cette plaie qui ne pourra jamais se refermer. Dans le silence et dans la paix j'écris le mal que j'ai, que je ressens, ma solitude face à toutes ses histoires. [...]

Mardi 12 oct de retour à l'hôpital car au foyer maman avait raison j'étais pas encore prête. Je repense à tout ce que j'ai vécu pendant ses 3 semaines. [...] Malgré toute cette peine, cette souffrance il faut penser à l'avenir même si s'est dur aujourd'hui. [...] J'ai 2 fois plus envie de me battre, d'avoir du courage et d'aider les autres à se battre contre le mal et je sais que rien ni personne m'empêchera d'exercer ce métier qui a de la valeur pour moi. *(elle fait référence au métier de sapeur pompier, notons que ce passage a été surligné)*

On est le samedi 16 oct, ce matin un éduc devait venir à 9h30, il est arrivé à 10h30 donc ma sortie libre était foutue. Après son départ, je suis partie dehors dans l'idée de rejoindre ma fille, c'est d'ailleurs le mot que j'ai laissé sur mon lit. Les infirmières me couraient après, la sécurité est arrivée, ambulance aussi, il m'ont pris de force avec les pompiers. Je savais que je ne me serais pas suicider mais seulement j'avais besoin de prendre l'air, mais aussi de quelqu'un, d'un réconfort. Ils ont tous eu peur et ce que j'ai gagné c'est que maintenant je suis à Ste Gemmes pour Ado. Tous est fermé à clé, salle de bains, tout. On est le 19 oct je part chez maman le 22 ou 23 pour les vacances, elle ne

veut pas que je reste pendant les vacances si j'en ai encore besoin. Je tiens le coup pour pouvoir m'en sortir y a plein de bonnes chose qui m'attende dans la vie futur. »

Ses écrits s'achèvent ainsi :

« Je connaissais Nicolas, il a perturbé mon adolescence, mais c'est pas pour ça que ma vie est foutu, car demain je rencontrerai peut être sur mon chemin le prince charmant, gentil, doux, le mec idéale en qui je pourrais donnait ma confiance et qui lui me trahisse pas. Mais je me demande comment je peux faire confiance de nouveau après cette histoire, peut être qu'avec le temp ça s'arrangera. »