

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Albane MAINGUY

née le 29 janvier 1983 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2013

Synthèse de la littérature qualitative francophone en psychologie depuis l'année 2000 sur le vécu psychique de la femme après l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Membres du jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Directeur de thèse : Madame le Professeur Céline BARON

Liste des enseignants de la Faculté de Médecine d'Angers

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. BAUFRETON
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraire : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraire : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALEÙS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
MM	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes

	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophtalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie
MM	WILLETEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>		
M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

Composition du jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Directeur de thèse :

Madame le Professeur Céline BARON

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ

Madame le Docteur Françoise ASPEELE

Madame le Professeur Céline BARON

Liste des abréviations

AVP : Accident de la Voie Publique

IG : Interruption de Grossesse

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMA : Procréation médicalement assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaine d'Aménorrhée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

Au Professeur Philippe Duverger, pour avoir accepté de présider ce jury,

Aux membres du jury, pour avoir bien voulu y participer,

Au Professeur Céline Baron, pour avoir accepté d'étudier cette question de recherche et avoir dirigé cette thèse avec rigueur,

A mes parents, ma famille, mes amis et tous ceux qui m'ont encouragée et accompagnée au cours de ce travail.

Sommaire

Titre
Liste des enseignants de la Faculté de Médecine d'Angers.....	2
Composition du jury.....	5
Liste des abréviations	6
Remerciements	7
Sommaire	8
1. Introduction	10
2. Matériel et méthodes	11
2.1 Identification du matériel.....	11
2.2 Sélection du matériel.....	12
2.3 Evaluation de la qualité du matériel	12
2.4 Recueil de données à partir du matériel	13
2.5 Analyse des données	13
3. Résultats	14
3.1 Identification et sélection du matériel	14
3.2 Evaluation de la qualité du matériel	15
3.3 Recueil des données à partir du matériel.....	16
3.3.1 Les caractéristiques des documents	16
3.3.2 Les autres données.....	17
3.4 Analyse des données	17
3.4.1 Synthèse du document n°1 : Léa (Commentaire du vécu p 19)	17
3.4.2 Synthèse du document n°2 : Geneviève (Commentaire du vécu p 22)	20
3.4.3 Synthèse du document n°3 : Julie (Commentaire du vécu p 25).....	23
3.4.4 Synthèse du document n°4 : une femme (Commentaire du vécu p 27).....	26
3.4.5 Synthèse du document n°5 : Esther (Commentaire du vécu p 30).....	28
3.4.6 Synthèse du document n°6 : Antoinette (Commentaire du vécu p 32).....	31
3.4.7 Synthèse du document n°7 : Julie (Commentaire du vécu p 35).....	33
3.4.8 Synthèse du document n°8 : Madame M. (Commentaire du vécu p 38).....	36
3.4.9 Synthèse du document n°9 : Clémentine (Commentaire du vécu p 40).....	39
Synthèse du document n°9 : Fatia (Commentaire du vécu p 43).....	40
3.4.10 Synthèse du document n°10 : Cécilia (Commentaire du vécu p 47).....	44
3.4.11 Synthèse du document n°11 : Nadège (Commentaire du vécu p 51).....	48
3.4.12 Synthèse du document n°12 : Madame T. (Commentaire du vécu p 55).....	52
Synthèse du document n°13 : Sarah (Commentaire p 58).....	56

3.4.14	Synthèse du document n°14 : Yasmina (Commentaire p 61).....	59
	Synthèse du document n°14 : Justine (Commentaire p 63).....	61
3.4.15	Synthèse du document n°15 : Luna (Commentaire p 68).....	64
3.4.16	Synthèse du document n°16 : Nouria (Commentaire p 72).....	69
3.4.17	Synthèse du document n°17 : Madame P. (commentaire p 76).....	73
3.4.18	Synthèse du document n°18 : Madame A. (Commentaire p 78)	77
3.4.19	Synthèse du document n°19 : Madame B. (Commentaire p 81).....	79
3.4.20	Synthèse du document n°20 : une jeune femme (Commentaire p 85).....	82
3.4.21	Synthèse du document n°21 : une jeune femme (Commentaire p 87).....	86
3.4.22	Synthèse du document n°22 : Michèle (Commentaire p 91).....	88
3.4.23	Synthèse du document n°23 : 1 ^{ère} femme (Commentaire p 95).....	92
	Synthèse du document n°23 : 2 ^{ème} femme (Commentaire p 97)	96
	Synthèse du document n°23 : 3 ^{ème} femme (Commentaire p 98).....	98
3.4.24	Synthèse du document n°24 : Anna (Commentaire p 102).....	99
3.4.25	Synthèse du document n°25 : Barbara (Commentaire p 103).....	103
	Synthèse du document n°25 : Michèle (Commentaire p 105).....	104
4.	Discussion	106
4.1	Type de méthode.....	106
4.2	Critique des résultats de la méthode	106
4.2.1	Identification et sélection de matériel	106
4.2.2	Evaluation de la qualité du matériel	107
4.2.3	Recueil des caractéristiques des documents	108
4.2.4	Analyse des données.....	109
4.3	Critique des résultats de l'analyse.....	109
4.3.1	Conflit relationnel intrafamilial	109
4.3.2	Mal-être et Culpabilité.....	110
4.3.3	Troubles du comportement et troubles psychiatriques.....	112
4.3.4	Choix d'un nouveau projet de vie.....	113
4.3.5	Vécu de perte	113
4.3.6	Besoin d'accompagnement psychologique.....	114
4.3.7	Psychosomatification.....	115
4.3.8	Ambivalence de la demande répétée d'IVG.....	116
5.	Conclusion	118
6.	Bibliographie	120
7.	Annexes	124

1. Introduction

A partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l’Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) devient autorisée sans restriction de motif¹ dans la limite d’un âge gestationnel, par cinquante-six pays dont trois quarts de pays développés² (1)(2).

En France et à partir des années trente, la revendication par les mouvements militants et féministes du contrôle des naissances, de la maîtrise de la fécondité, de l'accès libre à la contraception et à l'IVG a progressivement conduit à la légalisation de la contraception par la loi Neuwirth en 1967, puis à celle de l'IVG par la loi Veil en 1974 (2)(4). En 2001, cette loi connaît une mutation majeure, celle de la dépénalisation de l'IVG (5).

Bien que l'IVG soit désormais inscrite en France dans une politique de santé publique, et en raison des nombreux domaines qu'elle concerne ; scientifique, éthique, religieux, philosophique, social et politique, elle reste aujourd’hui « un acte médical pas tout à fait comme les autres ». Sa singularité s’illustre par sa réglementation très précise d’une part, et l’existence de « zones d’ombre » d’autre part (4)(5). L’une d’entre elles concerne le vécu psychologique après l'IVG (5)(6)(7).

Sur ce sujet, les résultats d’études quantitatives anglo-saxonnes menées depuis l’année 2000 sont contradictoires, en raison de limites méthodologiques et de nombreux biais (8). Ceci montre l’intérêt de la recherche qualitative³ sur ce thème.

Dans cette perspective, une synthèse de la littérature qualitative francophone en psychologie dans la même période a été réalisée pour tenter d’explorer le vécu psychique de la femme après l'IVG.

¹ Au Royaume-Uni, l'avortement est juridiquement restreint à des raisons médicales larges et socio-économiques ; en pratique, il n'y a pas de restriction de motif (1)(2)

² Pays à développement humain élevé ou très élevé selon l’indice statistique défini par le Programme des Nations Unies pour le Développement (3)

³ La recherche qualitative explore des expériences vécues, les interprète et en conclut une hypothèse (9).

2. Matériel et méthodes

2.1 Identification du matériel

Le matériel s’identifiait au type de document suivant : qualitatif, francophone, publié de 2000 à 2012, disponible en intégralité sur internet, trouvé à partir d’une équation de recherche dans douze bases de données en sciences humaines ou pluridisciplinaires, et à partir de références bibliographiques de documents identifiés.

L’équation de recherche avancée⁴ était établie dans la partie « psychologie » des bases *Cairn.info*, *Persée*, *theses.fr*, et *SantéPsy*.

Cette équation était : « IVG » OU « avortement » OU « interruption volontaire de grossesse » sauf pour les trois bases de données suivantes.

Dans *Cairn.info* et *Google Scholar*, l’équation était : « IVG » OU « avortement » OU « interruption volontaire de grossesse » ET les vingt-deux mots-clés suivants : « expérience », « vécu », « histoire », « ressenti », « psychisme », « conséquences », « santé », « femme », « dépression », « séquelles », « complications », « tristesse », « deuil », « traumatisme », « estime de soi », « libération », « joie », « bonheur », « bien-être », « délivrance », « soulagement », « amélioration ».

Dans *le centre de documentation de l’AP-HP*, les documents étaient identifiés dans la bibliographie sur l’IVG, sans équation de recherche.

⁴ Les équations de recherche sont précisément décrites en annexe I.

2.2 Sélection du matériel

La sélection des documents identifiés a été réalisée selon plusieurs critères.

Le critère d'inclusion était : document sur le vécu psychique de la femme après l'IVG.

Les critères de non-inclusion étaient : étude quantitative, livre, document sur l'avortement spontané (fausse-couche) ou sur les complications organiques de l'IVG, document sur l'avortement illégal ou légalement autorisé pour des motifs restreints : viol ouinceste ou IMG ou santé physique de la femme menacée, document ne traitant pas d'un vécu, document ne traitant pas du vécu psychique de la femme mais de celui de ses enfants ou de son conjoint ou des soignants, document sur le vécu psychique de la femme avant ou pendant une première IVG.

Les critères d'exclusion étaient : document dont l'auteur n'a pas eu d'entretien avec la femme (compte-rendu de lecture, revue de littérature), document dont l'auteur n'a pas rapporté le discours de la femme, document en double.

2.3 Evaluation de la qualité du matériel

La qualité de chaque document qualitatif sélectionné était évaluée selon deux critères ; sa méthodologie, et la forme du discours utilisée par l'auteur pour rapporter les propos de la femme.

Sur le plan méthodologique, le document était une étude standardisée⁵, une étude de cas⁶ ou un entretien clinique⁷.

Sur le plan discursif, l'auteur utilisait le verbatim/discours direct⁸, le discours indirect⁹ ou le discours indirect libre¹⁰ pour rapporter les propos de la femme.

⁵ Réalisation d'un échantillonnage, d'entretiens ou d'observations, puis d'une analyse des déclarations orales ou des observations (9)(10)

⁶ Etude du diagnostic et de l'étiologie des actes et des conflits, étude de leur résolution, des processus psychiques mis en jeu, et de la démarche clinique du professionnel (11)(12)

⁷ Technique de choix pour recueillir des informations subjectives telles que l'histoire de vie, les sentiments, les expériences, puis en faire une analyse du contenu et une analyse psychologique (11)

⁸ Discours rapporté tel qu'il a été réellement énoncé, avec un changement du système d'énonciation (13)

⁹ Discours rapporté avec des paroles incluses par une conjonction de subordination (13)

¹⁰ Discours rapporté avec des paroles incluses sans conjonction de subordination ni changement du système d'énonciation (13)

2.4 Recueil des données à partir du matériel

Le recueil des données a été réalisé à partir de la lecture de la littérature sélectionnée. Il concernait les spécificités du document et de la femme, les modalités de l'entretien avec l'auteur, l'épisode d'IVG et les éléments du vécu psychique après l'IVG.

Les caractéristiques de chaque document ont été notées : sa nature et son titre, sa date de publication dans la revue scientifique, le nom de celle-ci, la profession de l'auteur, son pays et sa ville d'exercice.

Les caractéristiques de chaque femme ont été réunies : prénom, âge, pays d'habitation, situation familiale, culture religieuse, statut social. Celles de l'entretien ont été relevées : l'initiateur de la rencontre, le motif et la nature de celle-ci.

Les événements de vie avant l'IVG signalés par la femme, et l'épisode de l'IVG : date, circonstances et motif ont été retenus.

L'expression de chaque femme sur son vécu psychique après l'IVG et l'interprétation de ses paroles par l'auteur ont été extraites mot à mot selon la chronologie du texte initial.

2.5 Analyse des données

Pour chaque femme, l'analyse a concerné les données sur le vécu psychique après l'IVG. Leur retranscription littérale a été soumise à un double codage à partir duquel ont été réalisées une analyse thématique puis une synthèse.

Celle-ci a été organisée sous forme d'un récit qui fait émerger le vécu psychique de la femme après l'IVG en l'intégrant à son histoire, et en incluant les interprétations de l'auteur pour permettre une compréhension de son impact psychique. La rédaction s'est faite selon le plan suivant :

- 1) Titre du document
- 2) Contexte de la rencontre avec l'auteur
- 3) Histoire clinique à partir des propos de la femme rapportés par l'auteur
- 4) Analyse de l'auteur

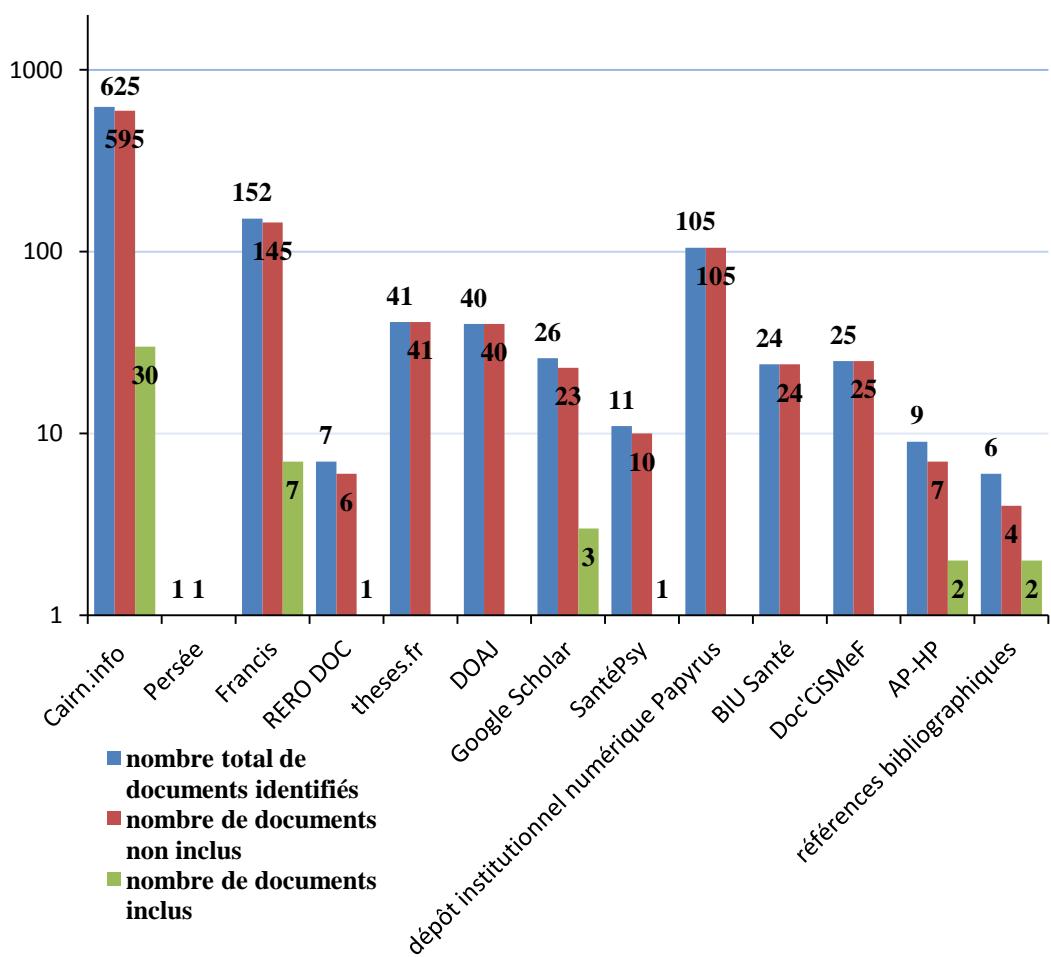
La synthèse a été suivie d'une analyse compréhensive tentant de répondre à la question de recherche « vécu psychique post IVG » sous forme d'un commentaire intitulé.

3. Résultats

3.1 Identification et sélection du matériel

Figure 1 - Identification, inclusion et non-inclusion du matériel

Nombre de documents



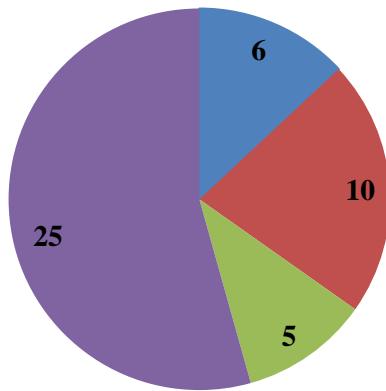
Le matériel a été recherché entre juin 2011 et août 2012.

1072 documents ont été repérés, et 4.3% ont été inclus. La majeure partie du matériel identifié n'a donc pas été retenue pour répondre à la question de recherche.

Parmi les 46 documents inclus, 65.2% ont été extraits de la base de données Cairn.info, 15.2% de Francis, 6.5% de Google Scholar, 4.35% de la documentation de l'AP-HP, 4.35% de références bibliographiques de documents identifiés, 2.2% de RERO DOC et 2.2% de Santé Psy. La base de données Cairn.info a été la plus pertinente des bases de recherche.

Figure 2 - Exclusion et non-exclusion des documents inclus

- document dont l'auteur n'a pas eu d'entretien avec la femme
- document dont l'auteur n'a pas rapporté le discours de la femme
- document en double
- document non exclu

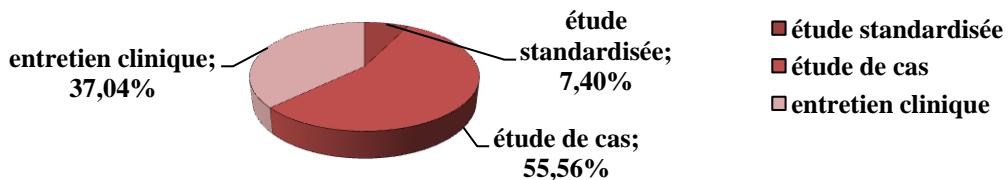


Près de la moitié des documents ont été exclus de l'étude parce que leurs auteurs n'avaient pas eu d'entretien avec la femme ou n'avaient pas rapporté leur discours.

Parmi les 25 documents conservés, 92% ont été extraits de la base de données Cairn.info, 4% de Google Scholar et 4% de Francis. La base de données Cairn.info a été confirmée comme la plus pertinente des bases de recherche.

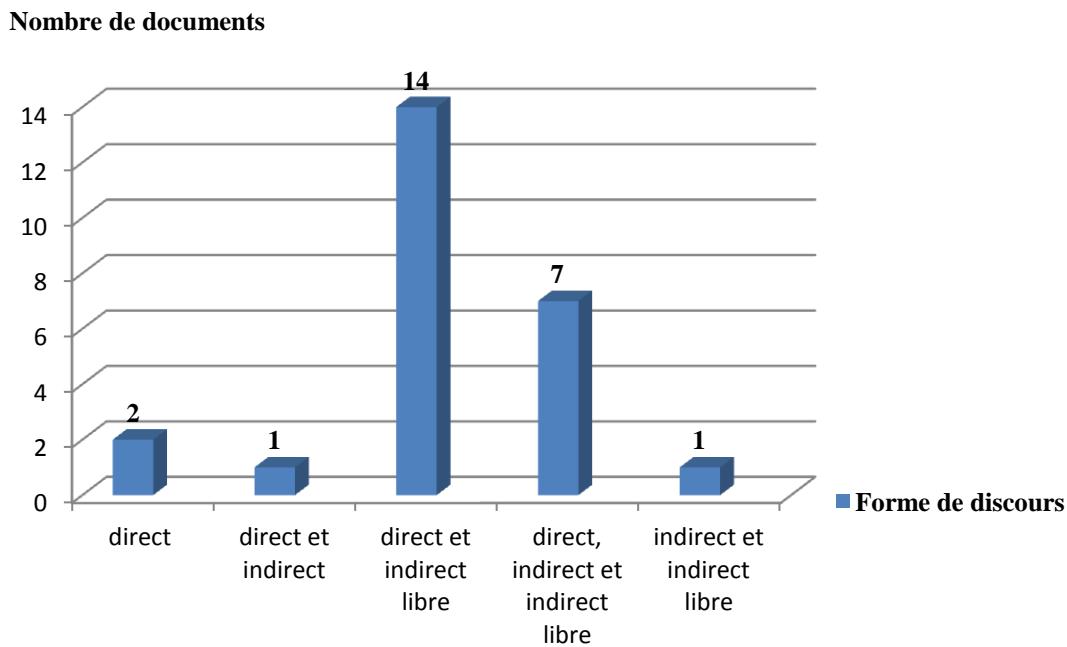
3.2 Evaluation de la qualité du matériel

Figure 3 - Méthodologie des documents



Les documents correspondaient à 15 études de cas⁶, 10 entretiens cliniques⁷, et 2 études standardisées⁵. Certains d'entre eux rapportaient plusieurs études de cas ou entretiens cliniques. [Annexe III]

Figure 4 - Forme du discours utilisé pour rapporter les propos de la femme



Sur une totalité de 25 documents, 96% contenaient du discours direct⁸, en exclusivité pour 8% d'entre eux, et de manière importante pour 44% d'entre eux. 88% contenaient du discours indirect libre¹⁰. 36% contenaient du discours indirect⁹. La majorité d'entre eux contenait du discours direct associé à du discours indirect libre. Un seul document était une étude qualitative primaire contenant exclusivement du verbatim. [Annexe III]

3.3 Recueil des données à partir du matériel

3.3.1 Les caractéristiques des documents

La majorité des documents étaient des articles publiés dans des revues spécialisées de psychanalyse ou des revues de sciences humaines pluridisciplinaires, mais aussi de psychologie ou de psychiatrie. Un seul document était un mémoire de fin d'études infirmières. Leurs auteurs étaient surtout psychanalystes ou psychologues, mais également conseillers conjugaux, pédopsychiatres, infirmières ou gynécologue-obstétricien. Ils exerçaient pour la plupart en France, mais aussi en Belgique et en Suisse.

La plupart des intitulés de ces documents étaient sans rapport avec le thème du vécu psychique de la femme après l'IVG. [Annexe IV]

3.3.2 Les autres données

Le vécu psychique post-IVG de trente femmes a été abordé à travers le regard de vingt-cinq professionnels. Les éléments recueillis sur le vécu psychique après l'IVG [Annexe VII] ont fait l'objet de l'analyse ci-dessous où ont été intégrées les caractéristiques de chaque femme, les évènements de sa vie avant l'IVG et l'épisode de l'IVG [Annexe V].

3.4 Analyse des données

Pour chaque femme, l'analyse des données sur le vécu psychique après l'IVG a consisté en un double codage [Annexe VII] puis en une analyse thématique [Annexe VI] dont les résultats ont été ainsi synthétisés et commentés :

3.4.1 Synthèse du document n° 1 : Léa (14)

« Lorsque l'expérience traumatique dépasse les fantasmes »

Léa avait 16 ans et vivait en France. Elle avait un petit ami et pas d'enfant. Elle était hospitalisée dans un service de rééducation pour une paraplégie et une gastrectomie secondaires à un accident de la voie publique dans lequel son père était décédé. Un suivi pédopsychiatrique y était demandé en raison d'une anorexie mentale préexistante à l'accident. Quelques mois avant celui-ci, elle avait réalisé une IVG. Elle avait comme antécédent médical une fracture du fémur survenue dans l'enfance suite à un premier AVP.

Depuis la réalisation de son IVG, Léa avait des relations familiales difficiles : « *Léa avait subi une interruption volontaire de grossesse (IVG), ce qui avait engendré des tensions importantes avec ses parents et notamment avec son père [...] qui, dit-elle, ne la voyait pas grandir.* » « *Cette IVG avait été le point de départ d'une anorexie mentale* », et la jeune fille projetait de consulter un psychiatre : « *Léa s'était décidée à rencontrer un psychiatre pour ces problèmes au moment de l'accident.* » Elle gardait peu de souvenirs de celui-ci sauf « *un vague sentiment de la joie qu'elle se faisait de partager une journée avec ses parents.* »

De plus, Léa exprimait des difficultés à réaliser les répercussions de l'accident notamment la mort de son père : « *Lorsque nous abordons avec elle les conséquences de cet accident elle élude les problèmes les uns après les autres [...]* ». Elle se plaignait beaucoup de

son ventre : « *Après 8 j de coma, nous rencontrons Léa à la demande d'une équipe soignante désarmée par cette patiente dont les plaintes [sont] focalisées autour de la sphère abdominale [...].* » Elle ressentait également une angoisse « *[...] présente depuis le réveil, qu'elle ne peut expliquer [...].* ». Léa avait rêvé après l'accident que son entourage la reconstruisait : « *[...] les membres de sa famille lui rapportaient une à une des cellules pour la reconstruire.* »

Léa désirait récupérer son autonomie en s'alimentant elle-même : « *[...] elle espère pouvoir se nourrir d'elle-même le plus tôt possible pour retrouver son autonomie.* ». Elle était maltraitante envers la partie paralysée de son corps : « *Et lorsqu'elle circule, elle ne fait pas plus attention à ses jambes et multiplie les ecchymoses.* » « *Elle ira jusqu'à détourner l'usage des sondes en retardant ses sondages pour avoir le plaisir de voir son ventre se gonfler puis s'aplatir au rythme de la vidange [...].* »

Pendant le port de son corset plâtré, Léa traversait une période de repli sur elle-même : « *Si Léa mettait toujours une certaine coquetterie dans sa présentation, depuis la pose du corset elle se soigne moins et refuse toute visite (excepté celle de sa mère).* » Il s'y associait une prise de conscience des délimitations de son corps : « *Elle évoque ce qui se passe 'en dessous' en nommant ses jambes, son corps.* ». Par la suite, elle réprouvait son auto-agressivité : « *Elle critique ses conduites agressives envers cette partie du corps [...], prend de la distance par rapport à sa mère* » et elle exprimait son désir de guérison : « *Elle exprime la volonté de s'en sortir [...].* »

Depuis son IVG, Léa vivait un conflit avec ses parents, en partie à cause de la désapprobation de son père qui « *[...] vraisemblablement acceptait mal la sexualité de sa fille.* ». Léa développait une anorexie mentale en réponse à ces tensions familiales. En effet, l'auteur évoquait « *[...] la problématique anorexique dans laquelle elle évoluait et [...] la nature des conflits affectifs sous-tendant cette problématique.* ». Son anorexie témoignait des mécanismes de défense contre ce conflit, « *[...] moyens défensifs très particuliers [...] (clivage, déni)* ». Léa était traumatisée par la mort de son père et vivait une « *[...] effraction au-delà du représentable, aboutissant à une sidération de la pensée,* », intensifiant ses mécanismes de défense : « *Le défaut de représentation intervenait sur une image du corps déjà défaillante et a renforcé les mécanismes de défense préexistants à l'accident.* »

Après la mort de son père, Léa culpabilisait, refoulait son agressivité et bloquait l'élaboration du conflit préexistant : « *[...] les fantasmes agressifs ressentis à l'égard de son père étaient refreinés par une trop grande culpabilité ; culpabilité d'avoir eu des relations sexuelles trop tôt [...].* » Elle dénialait le décès de son père en évitant le sujet par des « *[...]* »

plaintes focalisées autour de la sphère abdominale, [...] disproportionnées en comparaison de sa paraplégie et du décès de son père dont elle ne parle pas. Par ailleurs, elle clivait son corps en deux parties, ignorant ou détestant la partie paralysée : « *De ce fait, pour ce qui se passe ‘en dessous’, comme elle le nomme, le clivage est physique et psychique.* »

Elle avait des plaintes qui s’accompagnaient d’angoisses massives traduisant sa peur de la perte de contrôle de son alimentation et sa crainte d’être abandonnée : « *Léa se plaint avant tout d’angoisses abandonniques massives, essentiellement le soir* ». Puis elle retrouvait vite une autonomie et un contrôle de son corps par les auto-sondages urinaires et la sonde d’alimentation : « *Très rapidement cependant, elle s’approprie le fonctionnement de ses sondes et retrouve au niveau de certaines la maîtrise qu’elle pouvait exercer sur son corps.* »

Pour l’auteur, Léa était « *[...] confrontée à toute une série de deuils et de problèmes intriqués les uns aux autres* ». Elle avait un sentiment d’identité altéré : « *Il convient de préciser qu’elle est installée dans un fonctionnement anorexique depuis 6 mois, ce qui explique en partie la fragilité du sentiment d’autonomie et d’identité.* » En effet, « *l’anorexique, dans ses agirs, avance qu’elle n’est pas elle-même un être existant en substance ; son objectif physique étant la maigreur extrême comme pour afficher sa non-contenance* ». Puis, pendant le port obligatoire du corset, Léa changeait : « *Ces événements sont pour Léa l’amorce d’un mouvement dépressif* ». Elle ressentait une unité corporelle : « *[...] elle montre qu’elle prend conscience d’elle comme contenante.* » Elle se distanciait de sa mère et repérait son ‘*espace psychique propre*’, son désir propre, à commencer par celui de la guérison : « *Par la suite l’évolution sera positive, associant une reprise de poids et psychiquement elle pourra faire part d’affects dépressifs et commencer un travail d’élaboration authentique.* »

Commentaire « Quand l’IVG provoque un conflit affectif avec le père et est le point de départ d’une anorexie mentale fragilisant le sentiment d’identité »

L’IVG de Léa provoque des tensions familiales, notamment avec son père qui accepte mal la sexualité de sa fille adolescente. Elle est à l’origine d’une anorexie mentale pour laquelle Léa avait l’intention de consulter avant la survenue de l’accident. Ce trouble de la conduite alimentaire exprime la fragilité de son sentiment d’identité et témoigne de la mobilisation de mécanismes de défense contre son conflit affectif sous forme de déni et de clivage. Léa clive sa personne en maîtrisant son corps. Elle dénie l’agressivité envers son père en la refoulant par une culpabilité d’avoir eu des relations sexuelles trop tôt.

3.4.2 Synthèse du document n° 2 : Geneviève (15)

« Reconstruire pour ne pas se détruire »

Geneviève avait 40 ans. Elle vivait en France avec son mari et deux de ses enfants adolescents. Elle avait fait des études supérieures et avait obtenu un poste à lourdes responsabilités. Elle réalisait une psychanalyse à la demande de son mari et d'un thérapeute conjugal en raison de nombreux conflits conjugaux. Elle avait réalisé une IVG plusieurs années auparavant, alors qu'elle était mariée et avait déjà des enfants, car « *elle était très déprimée et ne se sentait plus capable de s'occuper convenablement de ses enfants* ».

Son enfance avait été marquée par la solitude, et par des terreurs nocturnes faisant suite à un déménagement et à la naissance de sa petite sœur quand elle avait 3 ans. Elle avait aussi subi des jeux sexuels par ses grands frères et en avait été culpabilisée par sa tante.

Geneviève éprouvait une forte anxiété : « *Très rapidement sont évoquées des terreurs nocturnes qui la plongent dans un état de détresse sans nom devant un trou noir qui la réveille encore actuellement lors de cauchemars très angoissants.* » Elle décrivait aussi un blocage sur le plan de la sexualité : « *Elle l'exprime en disant qu'elle se referme comme une plante dès que son mari la touche.* » En effet, elle refusait de séduire : « *Elle se laisse grossir pour ne pas séduire* », et elle se sentait oppressée en position allongée : « *[...] du fait d'être allongée sur le divan. Elle se sent coincée, étouffée.* »

Geneviève se trouvait généralement rejetée par l'autre : « *[...] elle se vit toujours comme bouc émissaire de tous les groupes auxquels elle a appartenu.* » Elle ressentait de la colère : « *Elle repense souvent, dans la colère et la rage, à cette tante qui a toujours défendu les garçons [...].* » Et elle exprimait une souffrance, un besoin et un manque de reconnaissance : « *Elle a toujours été confrontée à des choix, ou des tâches trop difficiles pour elle, elle sent [...] la recherche d'une gratification narcissique, qui ne vient pas.* » « *Ce qui est le plus dur pour elle, c'est que sa souffrance ne soit pas reconnue, recueillie par l'autre.* » De plus, depuis son IVG, elle avait un sentiment de rancœur et de tristesse à cause de son « *son mari [qui] l'a laissée prendre seule la décision, ce qui lui a beaucoup pesé, et a fait qu'elle lui en a énormément voulu. Elle pleure en le racontant [...]* ».

Geneviève désirait lutter contre cette souffrance : « *Il est important pour moi de tenir, ne pas me décourager et ne pas me laisser détruire [...]* ». Elle réalisait des activités physiques très difficiles pour tester ces limites : « *Le lendemain, elle va souffrir d'être la dernière, de risquer de ne pas y arriver, et de s'épuiser au-delà de ses forces.* » Elle avait

aussi des relations destructrices avec ses collègues : « *Les conflits avec les collègues étant incessants, elle exprime des liens très passionnés, impulsifs* ». Elle avait une tendance à la maîtrise et la manipulation.

Geneviève culpabilisait de sa violence : « [...] elle souffre de se sentir destructrice et très négative [...]. En somme, elle ressent le vide, la contrainte, la culpabilité et la disqualification. » Elle se voyait alors soit coupable soit victime : « Si elle est active, cela provoque les situations de rupture ; si elle est passive, elle subit une souffrance insupportable et a le sentiment de se faire avoir, d'être utilisée aux fins de l'autre. » Elle avait aussi des difficultés à relier son ressenti physique et son vécu psychique : « *Elle l'exprime très clairement lorsqu'elle affirme ne pas parvenir à faire de liens entre son corps et ses pensées abstraites.* » Au cours de la psychanalyse, elle ressentait également un vide qui laissait progressivement la place à un sentiment de plénitude : « *Après le sentiment de vide et de trous noirs, désormais j'ai l'impression d'avoir un centre de gravité qui fait que je me sens pleine maintenant.* »

Selon l'auteur, Geneviève était animée par deux humeurs, détresse et colère : « *Elle arrive en état de grande détresse mais aussi de rage contre le mari et le thérapeute* ». Elle avait une dépression essentielle, une phobie, secondaires à une angoisse d'abandon issue de traumatismes de l'enfance : « *L'image d'un effondrement central, primordial ou d'une dépression essentielle ou encore d'une phobie centrale, liée à une détresse sans nom du bébé subissant un brutal changement de lieu, d'ambiance affective du fait de la naissance de sa petite sœur, ont accompagné le déménagement. Cette agonie primitive se double chez elle du traumatisme lié aux jeux sexuels avec les frères [...].* » Elle déniait cette angoisse : « *Elle oppose un mouvement dénégatoire systématique à toutes mes tentatives de lui montrer que les vacances et les séparations sont pour elle des ruptures douloureuses, qui en rappelle d'autres* ». Elle manifestait notamment cette angoisse à travers un ressentiment envers son mari à cause des circonstances de l'IVG, « *elle pleure en le racontant [l'IVG] laissant venir l'angoisse d'être abandonnée par l'autre* ».

Geneviève se représentait la séduction comme un danger, « [...] comme une démarche honteuse et coupable, marquée par la dangerosité », ou comme une soumission : « [...] être 'passivement soumise au désir de l'autre, en position allongée' [...]. » De plus, pour l'auteur, « *ses comportements actuels d'adulte [sont] marqués du sceau de la répétition* ».

Geneviève luttait contre sa souffrance et son manque de reconnaissance au risque de détruire : « [...] mais pour cela il lui faut attaquer l'autre d'une façon qui la rend tout

particulièrement pénible et agaçante [...]. » Ainsi, elle recherchait une validation de sa vie dans ses éprouvantes activités physiques : « *Cette mise à l'épreuve a des aspects qui rappelle les épreuves ordaliques.* » Et elle avait avec l'autre une relation violente, de caractère vital, « *[...] de l'ordre de l'élimination de l'autre en vue de se sentir exister et de se sauvegarder.* » Elle se défendait par sa violence : « *Son transfert est défensif, le plus souvent négatif ; le contre-transfert s'inscrit dans une sorte de capacité à supporter une femme inlassablement [...] déprimante et destructrice.* » Geneviève avait concrétisé par l'IVG un désir de meurtre témoignant de son lien violent avec l'autre : « *Le désir de meurtre se cristallise autour d'une IVG [...]* ».

Puis Geneviève prenait conscience de son conflit psychique entre sa pulsion de violence et son désir d'être aimée : « *Elle a désormais conscience du conflit intérieur entre [...] son désir de bien faire et d'être reconnue et aimée, et la part inconsciente pulsionnelle qui l'emporte [...]* ». Inconsciemment, Geneviève faisait mémoire par son corps de traumatismes psychiques passés : « *Les effractions de l'appareil psychique lors de la petite enfance passent par l'effraction du corps de la petite fille qui se sent inexorablement [...] utilisée, malmenée par les autres [...].* » Elle en prenait conscience par la psychanalyse, elle reconnaissait son vécu douloureux de séparations, elle réalisait un travail de deuil, et elle construisait son Moi : « *Elle a fait son deuil de beaucoup d'idéal, idéal d'elle-même, idéal des objets qu'elle investit.* »

Commentaire du vécu de Geneviève

« IVG et ressentiment : témoins d'un comportement violent et d'une dépression essentielle fondés sur une angoisse d'abandon »

A l'évocation de son IVG réalisée il y a plusieurs années, Geneviève manifeste un ressentiment envers son mari qui l'a laissée décider seule, et elle révèle une angoisse d'abandon.

Cette angoisse non reconnue, venant de traumatismes psychiques subis dans l'enfance, est à l'origine d'une dépression essentielle contre laquelle elle lutte par la violence : elle cherche à valider sa vie par des activités physiques difficiles, elle tente de se sauvegarder à travers des relations conflictuelles avec son entourage. L'IVG cristallise et répète un comportement violent qui fait mémoire de son vécu passé.

3.4.3 Synthèse du document n° 3 : Julie (16)

« ‘J’ai tué mon enfant...’ Pour penser la clinique de l’IVG »

Julie avait 23 ans, étudiait et vivait en Belgique chez ses parents fleuristes. Elle avait un petit ami et pas d’enfant. A la demande de son médecin généraliste, elle débutait un suivi psychologique pour mal-être. Neuf mois avant le début de ce suivi, avec son petit ami, elle avait réalisé une IVG à cinq mois de grossesse en Angleterre sur une décision maternelle ; Julie « *a laissé sa mère décider.* » Elle avait eu des troubles boulimiques dans l’enfance.

Pour Julie, la date de sa première consultation psychologique avait un lien symbolique avec son IVG : « *Ce n'est pas par hasard que ça fait 9 mois. Je viens chez vous justement 9 mois après que ça s'est passé.* ». En raison de cette IVG, elle avait le sentiment d'avoir commis un crime : « [...] ce qui s'est passé, c'est que j'ai tué mon enfant. »

Après l’avortement, Julie ne s’exprimait pas sur son IVG : « *Tout recommence ou semble continuer comme si rien n'était arrivé.* ». Cependant, elle avait à nouveau des troubles boulimiques : « *Julie [...] revit de nombreuses crises de boulimie éprouvées déjà au moment de la période de latence¹¹ et disparues ensuite. Elle cache de la nourriture, dévore, vomit [...].* ». De plus, Julie s’engageait peu dans les projets d’aménagement de sa future maison située à cinquante mètres de celle de ses parents et que ces derniers lui offraient : « *Julie dans son discours, évoque son peu d'investissement dans le projet, si ce n'est [...] pour faire plaisir aux parents qui sont heureux de la voir s'installer, se fiancer et qui pensent déjà au mariage.* ». Puis, de nouveau, elle ne montrait aucun affect suite à la séparation avec son ami qui l’avait quittée juste après leur emménagement en couple : « *Julie elle, au lieu de s'approprier cette maison seule, continue sa vie en réintégrant sa chambre de jeune fille sans trop de soucis. Elle ne pleure pas.* ». Par la suite, Julie « *a recommencé à sortir.* ».

Selon l'auteur, comme d'autres femmes, Julie culpabilisait d'avoir tué son bébé au point d'en saturer son psychisme : « *Elles m'avaient permis d'entendre les lames de fond puissantes, qui voulant préserver ces femmes de leur culpabilité, ne faisaient que les traiter*

¹¹Période qui va de la cinquième ou sixième année jusqu’au début de la puberté et qui marque un temps d’arrêt dans l’évolution de la sexualité.

mal psychiquement un peu plus, en ne voulant prendre en compte ce qui saturait leur psychisme... » Elle avait en effet une difficulté à parler de son choix d'avorté : « *Comment dire qu'on a pris la décision [...] de ne pas le garder celui-là ?* ». Elle souffrait : « *Parole impossible à soutenir, secret inavouable et douleur infinie pour les mères qui restent aux prises avec cette phrase qui les hante.* » Julie se trouvait dans l'impossibilité de faire le deuil de l'enfant : « *C'est un enfant essentiellement imaginaire, tout réel de cellules et de chairs fut-il, potentiellement symbolisable mais qui, pour toutes ces raisons de non-nomination, reste candidat pour devenir un fantôme [...] un mort vivant* ».

D'après l'auteur, par l'IVG, Julie révélait un fantasme d'infanticide : « *Je vous propose de penser [...] autour de l'insistance de cette phrase 'J'ai tué mon enfant ...' et de l'entendre comme l'expression consciente d'un fantasme inconscient, le fantasme d'infanticide.* » Elle enfreignait donc un interdit psychique : « *Les femmes ayant eu recours à l'IVG, nous disent que même si, et heureusement, la morale et le social ne les condamnent plus pour cet acte, il garde dans leur psychisme la valeur d'une transgression majeure* ». Julie était envahie par ce vécu de transgression : « *J'ai tué mon enfant, plainte et compagne inlassable, phrase obsédante qui saturait leur psychisme [...]* ». Julie vivait ainsi cette transgression dans la culpabilité : « *Nous pouvons alors entendre le sentiment de culpabilité consciente qui surgit après l'intervention, comme trace du fait même que ce fantasme a été mis en acte et non comme une question morale, qui aurait trait à une quelconque faute, péché, crime, ou à une culpabilisation.* »

Julie avait une difficulté d'élaboration : « *Il fallut encore quelques mois d'élaboration pour que Julie puisse commencer à penser qu'elle y avait été elle aussi pour quelque chose, dans ce qui ressemblait à un passage à l'acte unilatéral de son compagnon [de rompre la relation].* » Elle vivait difficilement l'autonomie, la séparation, l'énonciation d'un désir propre : « *Entrer dans ce projet de vie dans une maison préparée par les parents, avec un compagnon qui n'a pas pris position par rapport à la décision d'IVG, c'est à coup sûr ne pas se séparer des parents. Julie le sait sans le savoir.* » Elle recherchait de manière inconsciente et ambiguë un ami qui l'aurait aidé à se séparer de sa mère : « *[...] sans le savoir, et dans une ambivalence totale, ce que Julie recherchait désespérément c'était quelqu'un qui l'aide à se séparer de sa mère, que pourtant elle ne voulait lâcher à aucun prix.* » Julie entreprenait alors un long travail d'élaboration sur « *[...] l'intensité du lien fusionnel avec sa mère [...]* » à travers un travail sur le sens de son IVG : « *Pour les femmes comme Julie, qui choisiront à un moment ou à un autre l'IVG, la confrontation sera frontale. Plus moyen d'éviter [le fantasme], il faudra alors au mieux tenter de l'élaborer, au pire l'affronter.* »

L'IVG de Julie était en effet un passage à l'acte : « *Il s'agit bien d'un passage à l'acte [...] comme une lente descente vers un acte qui est un passage dans le réel, faute d'appui symbolique suffisant. Ici il s'agit du réel du corps.* » L'IVG était une tentative, échouée, de séparation et de différenciation avec sa mère : « *Dans le recours à l'IVG, en même temps elles y sont, ces filles, au point précis d'énonciation de ce qu'il s'agirait de faire mourir, – l'enfant du narcissisme primaire – et en même temps ça rate.* » Cette tentative était liée à un manque de soutien paternel : « *[...] il s'agit [...] de la défaillance du père réel (et non de la réalité) au sens de ce qui viendrait soutenir [...].* » En effet, Julie doit se séparer des attentes de sa mère, « *ce qui signifie en freudien que l'opération oedipienne n'est pas totalement accomplie. Julie nous en offre un exemple saisissant à son corps défendant.* »

La compréhension du sens de son IVG par le travail analytique était nécessaire pour diminuer sa culpabilité : « *[...] le recours à l'acte ne pourra qu'échouer dans cette voie de la séparation, s'il n'est pas ensuite repris dans le tissage du langage, dans l'élaboration du sens de l'acte, et dans l'épuisement de la culpabilité consciente associée [...].* »

Ainsi Julie prenait son indépendance : « *Elle put s'autoriser à quitter la maison familiale et à tomber amoureuse.* »

Commentaire du vécu de Julie

« Lorsque l'IVG est à l'origine d'une forte culpabilité amenant à constater une difficulté de séparation maternelle »

Après son IVG, Julie ne s'exprime pas sur ce qui est arrivé, elle souffre d'un mal-être et développe des troubles boulimiques qu'elle a déjà connus dans l'enfance. Elle confie sa très forte culpabilité d'avoir tué son enfant à la psychologue qu'elle rencontre à une date symbolique de l'IVG.

Cette culpabilité occupe toute sa pensée, l'empêche de faire le deuil de l'enfant imaginaire ou réel, et manifeste sa transgression d'un interdit non pas moral ni social mais psychique, liée au fantasme d'infanticide. Elle l'amène à comprendre le sens de cette IVG tardive et décidée par sa mère comme l'échec du passage à l'acte dans le réel de son corps pour tenter une séparation maternelle. Elle la conduit à prendre conscience de sa difficulté à se séparer, à énoncer son désir propre faute d'un appui paternel suffisant.

3.4.4 Synthèse du document n° 4 : une femme (17)

« *Exil, migration et confusion généalogique* »

Le document concernait une femme ayant immigré en France. Elle était musulmane pratiquante. Elle vivait avec son mari et ses enfants et travaillait comme ouvrière. Elle acceptait de s'entretenir avec le psychiatre qui prenait en charge son fils aîné. Celui-ci était suivi pour un épisode délirant aigu, survenu lors de vacances dans son pays d'origine et déclenché suite à la transgression d'un interdit : « *il a fumé un joint.* » Cette femme avait réalisé une IVG plusieurs mois auparavant, d'abord sur instance de son mari, puis sur sa propre décision pour ne pas perdre son nouvel emploi. Son fils aîné n'était pas au courant.

Cette femme avait l'autorité à la maison, ce qui causait un conflit avec son mari. Elle le critiquait d'être peu responsable : « *Elle lui reproche de ne pas prendre ses responsabilités, de boire, de sortir dans les cafés, de ne pas s'occuper des enfants (les devoirs, l'école, etc.)* », alors que lui l'accusait d'en prendre trop : « *Elle dit : 'Je suis le chef à la maison et mon mari me le reproche : tu as pris les manières des français, chez nous c'est l'homme qui commande !'* » « *La mésentente parentale existe depuis la naissance de ce fils [aîné].* » Elle se sentait plus proche de son propre père, resté au pays, que de son mari : « *Au mépris des traditions là encore, puisque des affaires importantes se décident entre la fille et son père, sans que le mari-gendre ne soit mis au courant.* »

Cette femme évoquait difficilement ce qui la troublait : « *Au bout de plusieurs entretiens, elle finit par exprimer ce qui la travaille.* » Elle culpabilisait de son IVG au point de se sentir coupable de la maladie de son fils : « *Elle émet l'idée d'une punition divine : Tu m'as enlevé un enfant, je t'enlève le grand !* » Elle était hantée par son avortement : « *Elle est obsédée par cette IVG.* » A la suite de ces entretiens, la relation avec son mari s'améliorait : « *Quelque temps plus tard (après les révélations de sa mère [à l'auteur]), celui-ci rechute. [...] Le père est à nouveau à la maison. L'entente est bonne entre les parents.* »

Selon l'auteur, cette femme avait envers son mari un comportement qui ne s'accordait pas avec le traditionnel respect du père : « *[...] elle discrédite constamment le père et son autorité.* » Son comportement cachait le deuil non fait de son exil et de son émigration, « *[...] deuil impossible chez les parents – et notamment la mère –, [...]* », ce qui déclenchaient la maladie du fils : « *Mensonges, non-dits et refus d'assumer deuils et désirs propres sont les véritables éléments pathogènes.* »

En effet, cette femme justifiait son comportement par sa ferveur religieuse : « *La religiosité de la mère (quelle que soit sa ferveur consciente dont il n'y a pas lieu de douter) est mise au service d'un mensonge affolant pour le fils.* » Elle expliquait ainsi son lien particulier avec son père : « *L'argument religieux recouvre pour la mère un attachement œdipien à son propre père impossible à entendre.* » Elle excusait son attitude conjugale par ce même argument qui « *justifie (comme discours de vérité) la disqualification du mari* ». En fait, par la critique de son mari, elle dissimulait une non-acceptation de sa vie en France, notamment de l'IVG : « *[...] la disqualification du mari, [...] à son tour camoufle une adhésion non assumée à un rôle social de type occidental (travail en usine, IVG, etc.).* »

Commentaire du vécu d'une femme

« IVG et culpabilité : révélation d'une non-acceptation des mœurs occidentales et de la souffrance de l'exil »

Plusieurs mois après son IVG décidée d'un commun accord avec son mari, un épisode délirant aigu est diagnostiqué chez le fils aîné de cette femme. Elle a des difficultés à aborder le sujet de son avortement. Elle exprime une forte culpabilité d'avoir enlevé un enfant à Dieu, s'expliquant la maladie de son fils comme une punition divine de son IVG.

Sa ferveur religieuse masque et révèle sa non-acceptation de l'IVG qui s'inscrit dans un refus plus global de sa vie occidentale. Elle garde un attachement œdipien à son père et elle n'a pas fait le deuil de son exil, ce qui est à l'origine de l'épisode délirant du fils et du conflit conjugal.

3.4.5 Synthèse du document n° 5 : Esther (18)

« Il faudrait la ‘médiquer’ un peu »

Esther avait 28 ans et travaillait en France. Elle vivait avec un homme dont la religion était différente de la sienne. Elle effectuait un double suivi psychiatrique à la demande de sa psychanalyste, pour réaliser la co-thérapie d'un trouble psychotique évoluant depuis plusieurs mois. Elle avait réalisé une IVG quelques mois avant l'apparition de ce trouble.

Elle avait raconté son enfance « *trop sage* » au sein d'une famille accaparée par la petite sœur malade d'une cardiopathie congénitale. A l'adolescence, elle avait eu de multiples expériences affectives et sexuelles, et à l'âge de 24 ans, elle avait vécu le décès de sa sœur cadette.

Esther avait des idées obsédantes sur le thème de la sexualité : « *Elle était dans une soirée et en regardant une amie homosexuelle, elle a pensé qu'elle était elle-même homosexuelle. [...] c'est plus fort qu'elle, cette idée revient, s'impose à elle, la harcèle, la questionne sur son orientation sexuelle.* » « *Le moindre contact avec un homme oblige Esther à penser qu'elle a attrapé le sida ou qu'elle est enceinte.* » Elle ressentait une angoisse, « [...] angoisse terrifiante qui peut l'envahir pendant plusieurs heures et la couper du monde ». Elle manifestait un sentiment de déréalisation : « *Je suis là et pas là. Je suis avec vous, mais ailleurs. C'est comme s'il y avait un voile, une sorte de brume entre le monde et moi. Je suis une étrangère, je ne me reconnais plus.* »

Esther vivait une histoire d'amour impossible : « *Elle vit avec un homme dont la religion différente de la sienne rend son amour impossible.* » Elle exprimait un mal-être ressenti lors de soirées excentriques : « *L'état d'excitation permanente dans lequel elle était, surtout au cours de ces soirées folles, ne la rendait pas franchement joyeuse.* » Elle reconnaissait également avoir une forte volonté de maîtrise d'elle-même et des autres, ce qui se traduisait notamment dans la mauvaise observance de son traitement : « *Je lui propose un traitement médicamenteux. Elle est réticente. Elle craint de ne plus être elle-même.* » Et elle ressentait une « [...] perte de contrôle ».

De plus, elle était mal à l'aise vis-vis du comportement de sa mère dont le deuil de la sœur d'Esther n'était pas fait : « *Au cours de cet entretien familial, la souffrance de la mère éclate au grand jour. Elle ne parlera que de sa fille décédée, qui est toujours là, vivante, dans son cœur, dans le monde. [...]. Esther et son père [...] sont consternés par cette scène, par les propos de la mère qui sont manifestement un leitmotiv familial.* »

Puis Esther affirmait qu'elle allait bien : « *J'ai un très bon moral. Bien meilleur que quelqu'un de déprimé, je suis forte, je vais m'en sortir.* » Elle révélait son angoisse de la maternité : « *Au cours d'un entretien récent, elle a évoqué son angoissante inquiétude à l'idée qu'elle pourrait être mère, femme installée dans une vie affective. Elle n'arrive pas à se figurer ce genre de scène.* » Son observance médicamenteuse s'améliorait : « *Esther accepte mieux le traitement médicamenteux et plus largement le traitement psychiatrique comme étant seulement l'un des éléments du traitement [...]* ».

L'auteur décrivait un « [...] processus psychotique [...] » où « [...] la prescription a donc pour ambition de réduire la violence des mouvements pulsionnels, de ralentir le flot de la pensée, de contenir l'angoisse et peut-être d'endiguer (un peu) le processus dissociatif. » Selon lui, l'IVG et les idées obsédantes d'homosexualité d'Esther étaient en lien évident avec le décès de la petite sœur : « *La fantasmatique homosexuelle qui la trouble tant reprend-elle la passion de la mère pour la jeune sœur ?* » En effet, Esther ne faisait pas le deuil de sa sœur à cause de sa mère : « *Pour elle, le deuil semble interdit par la mère. Le père se replie, incapable de contenir la folie de sa femme, se mêlant peu au gynécée.* »

Esther manifestait une instabilité qui « [...] signe de l'échec du moi à contrôler son impulsivité ». De plus, par ses symptômes psychotiques, elle souffrait d'un sentiment de perte de contrôle « [...] ressentie comme une profonde blessure narcissique ». Ayant le désir de maîtriser elle-même sa propre psyché, l'ordonnance d'un traitement médicamenteux était mal supportée par Esther, « [...] l'idée qu'il faut qu'elle fasse appel à une aide extérieure pour maîtriser ce qui lui arrive est difficile à accepter ».

Esther culpabilisait de la mort de sa sœur, ce qui provoquait un comportement d'autopunition par la mauvaise observance du traitement : « *Ces accès de 'mort psychique' qu'elle s'inflige en ne prenant pas son traitement médicamenteux [...] sont-ils l'expression d'une autopunition en réponse à son sentiment de culpabilité lié à la mort de sa sœur ?* » Au cours du suivi, elle prenait conscience de cette culpabilité et son comportement changeait : « *Depuis cette scène _ qui a peut-être permis l'exposition de la culpabilité familiale autour du décès de la fille _, Esther prend plus facilement, sinon plus volontiers, son traitement.* »

Puis, Esther entrait dans un état dépressif témoignant d'un renoncement à sa tentative de contrôle : « *Ces éléments dépressifs [...] signent un certain renoncement à la tentative de maîtrise mégalomaniacale d'elle-même et du monde [...]* ». Cette dépression faisait l'objet d'une dénégation, et témoignait aussi de l'identification d'Esther à sa mère dans « [...] cette passion [...] » pour sa sœur, dans ce deuil non fait : « *Quelques éléments dépressifs*

apparaissent depuis quelques semaines, sous la forme de dénégation. Est-elle en train de s'identifier à sa mère ? » La crise psychotique et ses idées d'homosexualité permettaient de « [...] révéler la fragilité de son identité sexuée ». « *La guérison de la crise passera par la reconnaissance de la différence des sexes [...].* »

Commentaire du vécu d'Esther

« IVG suivie d'une crise psychotique : témoins de la fragilité d'une identité sexuée »

L'IVG d'Esther est suivie quelques mois plus tard de l'apparition d'un processus psychotique, caractérisé par des angoisses et des idées obsédantes sur la sexualité, et par des accès de déréalisation. Ceux-ci provoquent un sentiment de perte de contrôle et une blessure narcissique.

Son IVG et ses obsessions d'homosexualité sont en lien avec le malaise causé par le décès de sa sœur ; elle n'en a pas fait le deuil qui semble être interdit par sa mère et par la culpabilité de la mort de sa sœur. La crise psychotique révèle son angoisse d'être mère, sa difficulté d'identification à sa mère, la fragilité de son identité sexuée liée à une méconnaissance de la différence des sexes.

3.4.6 Synthèse du document n° 6 : Antoinette (19)

« *Le féminin et le maternel, l'angoisse face à la différence* »

Antoinette vivait en France avec son mari. Elle était mariée depuis quinze ans et n'avait pas d'enfant. Elle suivait une psychothérapie individuelle et de couple en raison de sa vie affective et sexuelle devenue inexistante, et des fugues et alcoolisations de son mari. Elle avait réalisé deux IVG dix ans auparavant car « *pour elle, il n'était pas question d'être mère* ».

Elle avait raconté qu'elle était la fille unique d'un père adoré qui avait de nombreuses maîtresses, ce que sa mère vivait très mal, mais elle, « *personnellement convaincue d'avoir la première place dans le cœur de son père, elle ne s'en inquiétait pas plus que ça* ».

Antoinette abordait sans difficulté le sujet de ses IVG : « *[elle] évoque rapidement ses deux IVG* ». Elle gardait la certitude qu'elle n'aurait pas été une bonne mère : « *[...] je savais que j'aurais été une mère excessive, possessive, envahissante, capable d'étouffer son enfant de sollicitude au point de l'empêcher de grandir.* » Et elle exprimait son accord pour que son mari tînt la place de l'enfant : « *Regardant tendrement son mari elle souligne : C'est lui mon enfant, il le sait et il aime cette place.* »

Par ailleurs, Antoinette se sentait angoissée par le comportement de son mari : « *[...] il y a une ombre au tableau. Fabrice de temps en temps fugue au volant de leur voiture et rentre ivre ou parfois ne rentre pas, et atterrit aux urgences de l'hôpital où on commence à le connaître [...]* ». Elle avait une vie affective et sexuelle « *[...] très pauvre, même inexistante depuis quelque temps* ».

Au fur et à mesure de la thérapie, son mari changeait, quittant l'alcool pour le sport, et Antoinette s'inquiétait : « *Elle le regarde changer, avec un mélange de satisfaction et de détresse [...].* » Elle devenait jalouse des femmes qu'il rencontrait, et elle questionnait son éventuel désir homosexuel : « *La violence de ces scènes de jalousie la font s'interroger sur son désir à elle pour ces jolies jeunes femmes.* »

Selon l'auteur, Antoinette et son mari subissaient un blocage du remaniement psychique de leur couple renforcé par les IVG : « *[...] il est indéniable que toute naissance a une potentialité traumatique, du fait des multiples remaniements psychiques inhérents à cet événement [...] véritable levain à la maturation psychique de l'un et l'autre du couple ainsi que de leur mode relationnel.* » Ainsi leur couple s'installait sur le mode mère-enfant, son

mari buvait et fuguait : « *On est en droit de se demander si les IVG n'ont pas, dans un premier temps, stoppé tous les mouvements de remaniement psychique qui, néanmoins, ont continué à travailler le couple sous forme de passages à l'acte et de comportements aberrants, pour finalement donner lieu à une déroute conjugale justifiant une démarche thérapeutique.* » Par le suivi thérapeutique, le couple mûrissait sur le plan psychique et relationnel : « [Son mari] sort peu à peu de sa dépendance infantile ».

Antoinette s'inquiétait de la prise d'indépendance de son mari, et « [...] canalise son angoisse dans de violentes crises de jalousie ». Elle souffrait de ressembler à sa mère trompée : « *Aujourd'hui elle se retrouve dans la peau de sa mère et c'est intolérable pour elle.* » Selon l'hypothèse de l'auteur, Antoinette manifestait un rejet de maternité qui pouvait masquer sa possible homosexualité : « *Le refus des manifestations du sentiment maternel peut-il voiler une homosexualité latente ?* »

Commentaire du vécu d'Antoinette

« Lorsque l'IVG renforce un dysfonctionnement conjugal et témoigne d'un rejet du sentiment maternel »

Antoinette aborde rapidement et facilement le sujet de ses deux IVG réalisées il y a dix ans et elle explique leur motif : la certitude qu'elle aurait été une mauvaise mère. Par ailleurs, son couple fonctionne selon un schéma mère-enfant où son mari a une dépendance infantile envers sa femme, s'alcoolise, et fugue.

Les avortements sont issus d'un rejet du sentiment maternel. Ils viennent renforcer le dysfonctionnement du couple et le blocage de sa maturation et de ses remaniements psychiques inhérents à toute naissance. Ce rejet pourrait masquer une homosexualité latente.

3.4.7 Synthèse du document n° 7 : Julie (20)

« Sublimation de la violence et violence de la sublimation, une orientation sans fin ? »

Julie vivait en France avec son petit ami. Elle n'avait pas d'enfant, elle était sculptrice amatrice, et elle travaillait comme soignante en maison de retraite. Elle effectuait une psychanalyse. Elle avait réalisé deux IVG, la deuxième étant « *exigée par son conjoint mais non voulue par elle* ».

Elle avait raconté la pression de ses grands-parents paternels pour faire avorter sa mère enceinte d'elle. Elle avait été maltraitée par sa mère et sa grand-mère maternelle alors que son père était resté passif et avait été trompé par sa femme.

Julie pensait que sa naissance était issue d'une lutte : « *En effet, elle pense devoir sa naissance à la résistance de ses parents dans leur combat contre la pression des grands parents paternels pour faire avorter cette grossesse.* » Elle fixait le début de son trouble psychologique autour de son avortement forcé : « *Julie [...] situe le début de sa désorientation psychique au moment de sa deuxième IVG.* » Elle dévoilait aussi sa maltraitance : « *Elle révèle avoir été une enfant maltraitée activement par sa mère et sa grand-mère paternelle, mais aussi passivement par un père resté indifférent à ces sévices.* »

Julie prenait conscience de l'implication de sa violence dans ses limites professionnelles et personnelles : « *[...] elle perçoit l'ombre de sa propre action inconsciente : c'est elle qui fait échouer tous ses projets, sa vie relationnelle, son analyse et sa créativité.* » Elle était violente envers ses sculptures : « *En effet, depuis longtemps elle travaille la terre mais elle réduit la durée de vie de ses œuvres en les cassant lors de la cuisson ou en les fracassant contre le mur lors d'accès de rage.* » Elle était maltraitante envers ses patients : « *Ses maltraitances par négligence sont probantes [...].* » Julie ne se sentait pas valorisée au travail : « *[...] elle travaille dans un contexte qu'elle vit comme la privant de reconnaissance et de gratification.* » Elle ne culpabilisait pas de cette agressivité, la justifiait par sa lassitude, et demandait du repos : « *[...] elle pense que sa violence est engendrée par la fatigue et, comme elle travaille de nuit, elle revendique le droit au repos.* »

Julie avait une apathie qui justifiait un statut d'invalidité : « *Elle est reconnue invalide par la Sécurité Sociale et, pendant deux ans, elle se bat contre une torpeur irréductible.* » Elle refusait de rendre visite à son père en fin de vie, puis elle en culpabilisait : « *[...] elle laisse émerger un intense sentiment de culpabilité.* » Elle décidait alors de surmonter l'opposition de sa mère pour aller à sa rencontre, et elle « *[...] découvre une relation au père qu'elle avait*

crue impossible ». En parlant avec lui, elle comprenait le comportement violent de celui-ci lié à son histoire familiale : « *Elle comprend que la brutalité de celui-ci est aussi une violence pour la vie quand il lui parle de ses difficultés avec ses propres parents.* » D'une part, Julie en éprouvait « [...] un sentiment de culpabilité exacerbé [...] », et d'autre part elle retrouvait l'inspiration : « *Elle retourne voir son père pour lui parler, lui parler encore de sa créativité qui s'organise et s'enrichit en technique [...].* »

Après la mort de son père, elle ressentait de la colère envers sa mère : « *La violence se déplace dans la relation à sa mère à qui elle reproche sa double vie dans le dos du père pendant son enfance. Julie se sent constamment sur le point de ‘dérapier’ avec elle.* » Et elle connaissait de nouveau une baisse d'inspiration : « *C'est alors qu'elle se trouve confrontée à une panne de sa créativité.* » Elle mettait alors en relation son « [...] refus inconscient de créer [...] » et sa violence, elle reliait création et vie, vie et violence : « *Elle [...] hasarde une auto-interprétation : si sa vie prend des allures de catastrophe, c'est peut-être qu'elle ne joue pas le jeu de la création.* » Julie réussissait mieux par la suite à valoriser ses œuvres, et elle envisageait de « [...] renoncer à l'invalidité ».

Pour l'auteur, Julie ne pouvait « faire confiance », ce qui expliquait la décision de ses deux IVG et aussi sa relation particulière avec lui, le psychanalyste : « *Ce refus de confiance sans rupture [dans la cure] constitue le support nécessaire à l'épreuve de l'avortement sous les traits d'un avortement de la confiance. S'inscrit ainsi un destin de la cure qui répète le destin d'une vie avortée dès la conception de Julie.* »

Si Julie était insensible envers autrui, c'était pour protéger son psychisme : « *C'est pour sauvegarder son économie psychique qu'elle se défausse de sa tâche de soignante [...].* » En effet, par ses passages à l'acte violents, elle témoignait de son insensibilité à la souffrance de l'autre tout en reproduisant le comportement de son père : « *Ce n'est que très progressivement qu'elle prend conscience de sa violence par indifférence à la détresse d'autrui mais, malgré les liens que je lui propose avec l'indifférence de son père devant les maltraitances subies par elle [...], Julie ne parvient pas à l'intégrer [...].* » L'auteur évoquait le « [...] vécu de souffrance [...] » de Julie. Par ailleurs, elle se vengeait de son père en fin de vie en marquant son indifférence, exprimant ainsi le « [...] fantasme de parricide [...] » : « *Elle refuse de lui rendre visite à l'hôpital, toute braquée qu'elle est dans une attitude de refus vengeur.* » Puis, elle laissait exprimer une culpabilité jusque-là refoulée, « [...] jusqu'à écrasé[e] sous une violente répression, toujours au motif qu'elle a besoin de repos ». Par la suite, elle accédait à une meilleure connaissance de son père et de « [...] certaines réactions

de son père qu'elle vivait jusque-là comme des blessures insupportables ». Elle trouvait un « [...] nouvel équilibre trouvé/créé dans la répartition entre l'intérêt du narcissisme et celui de l'objectalité par la voie désignée par l'introjection paternelle en appui sur la fonction maternelle. »

A travers la colère éprouvée envers sa mère, Julie prenait aussi conscience de sa violence intérieure et de sa tentative de la refouler : « [...] elle comprend que sa tentation par le détachement affectif actif, l'indifférence, est une mesure de protection par répression de sa violence mais qu'elle en est aussi la plus violente expression. » Elle devenait d'une humeur encore plus dépressive : « C'est alors qu'elle se trouve confrontée à une panne de sa créativité et qu'elle entre dans un profond mouvement dépressif. » Puis elle réalisait la nécessité pour vivre, de sublimer sa violence par la création artistique : « [...] elle saisit l'impératif de liaison dans la sublimation ». Selon l'auteur, Julie parvenait à la sublimation en raison de l'accès à cet équilibre œdipien : « L'unification des processus psychiques autour de l'introjection de la fonction paternelle prend alors valeur de garant pour la réussite de la sublimation. »

Commentaire du vécu de Julie

« IVG forcée suivie de passages à l'acte violents : témoins d'une violence intérieure, d'un déséquilibre œdipien, d'une incapacité à faire confiance »

Après sa deuxième IVG, exigée par son conjoint mais non voulue par elle, Julie souffre d'une désorientation psychique caractérisée par des passages à l'acte violents : maltraitance envers ses patients, destruction de ses propres œuvres d'art, violence envers ses parents, comportement qu'elle justifie en tant qu'expression de sa fatigue, de son apathie, de sa souffrance.

Depuis le début de sa vie, Julie ne peut « faire confiance », elle doute, se dévalorise, avorte. Elle refoule la culpabilité de ses violents passages à l'acte, elle manifeste une indifférence affective à la détresse d'autrui reproduisant le comportement que son père a eu face à sa propre détresse dans l'enfance. Par cette violente indifférence, elle se protège contre sa violence intérieure qui est liée à un déséquilibre œdipien.

3.4.8 Synthèse du document n° 8 : Madame M. (21)

« Cadre(s), transfert et contre-transfert dans la pratique clinique »

Madame M. avait 35 ans et vivait en France avec son mari et ses trois enfants de 8, 5 et 2 ans. Elle était en congé parental et aidait son mari dans leur exploitation viticole. Elle rencontrait une conseillère conjugale parce qu'elle souhaitait « *parler à quelqu'un* ». Ces entretiens, débutés avant la réalisation de son avortement, se poursuivaient après. Elle avait demandé cette IVG alors qu'elle était « *en pleine crise conjugale, sans contraception pour marquer son souhait d'arrêter les rapports sexuels* ». Son mari n'était pas informé de cette IVG. De plus, elle avait évoqué sa timidité depuis l'enfance, à l'école et au travail, son goût pour la solitude, et sa mésentente avec son mari.

Madame M. ressentait un soulagement quinze jours après cette IVG qu'elle qualifiait de non choisie : « *Une fois le soulagement exprimé* [elle dit] : *Je n'avais pas le choix [...]* ». Elle décidait de divorcer contre l'avis de son mari, ce qui l'angoissait : « [...] j'entends sa souffrance et celle de son mari par la décision qu'elle a prise de le quitter, elle, qui n'en prenait pas...et lui qui décide de tout. » Elle exprimait ensuite une crainte envers lui, dont elle se sentait victime, « [...] tyran face auquel elle n'a pas son mot à dire, qui lui impose son point de vue [...] ». Ainsi, elle avait un besoin de se séparer de lui, un « [...] besoin vital de se dégager physiquement de son mari [...] ». Elle se plaignait également de son manque de confiance en elle illustré par son choix d'aller habiter chez ses parents après la séparation, « [...] son besoin sécuritaire de s'installer avec ses enfants chez ses parents 'qui n'attendaient que ça' [...] ». Et elle angoissait à l'idée de la fin du congé parental : « *La panique à l'idée de reprendre le travail [...] l'amène à envisager la rupture de son contrat plutôt que d'affronter le directeur [...].* »

Puis Madame M. reconnaissait que tous les défauts n'étaient pas du côté de son mari : « *Il n'a pas tout à fait tort, car je suis quelqu'un de timide, j'ai toujours été peureuse [...] je suis quelqu'un qu'il faut pousser...* ». Elle repérait et exprimait ses peurs, et elle réussissait à discuter avec son patron : « [...] elle va pouvoir négocier avec son directeur une fin de contrat. » Elle culpabilisait de critiquer son mari et d'aller à aux séances thérapeutiques. Et elle réussissait mieux à affronter l'agressivité de celui-ci par le dialogue : « [...] avant j'aurais été le dire à ma mère, maintenant j'ai pu le lui dire et lui donner mon point de vue, mon avis sur nos désaccords. » Elle prenait de la distance avec ses parents : « [...] elle trouve

à présent excessif et pesant le jugement qu'ils ont sur son mari. Elle trouvera un logement et un nouveau travail. »

Madame M. ressentait de l'agressivité en réaction de celle de ses enfants : « *Oui, mais moi aussi je panique et moi aussi je suis agressive et ça, ce n'est pas moi.* » Elle reprend une relation avec son mari et « *[...] se met à pleurer à cause de sa souffrance à ne pouvoir affronter le regard et l'incompréhension de ses parents.* » Elle observait mal sa thérapie, elle décidait de l'interrompre, et elle prévoyait de révéler l'IVG à son mari : « *[...] et je lui dirai à mon mari pour l'IVG, pour pas que ça reste un secret* ».

D'après l'auteur, Madame M. souffrait d'un conflit conjugal qui amenait à en constater un second : « *Sa souffrance conjugale vient exprimer une souffrance personnelle ancienne.* » Madame M. souffrait d'un « *[...] conflit relationnel et phobique [...]* », secondaire à son tempérament passif, son manque de confiance en elle, son angoisse de séparation : « *La souffrance exprimée porte sur l'estime d'elle qui se trouve menacée dans la relation à l'autre, à son mari, à ses parents, à ses enfants, et qui la met en demande afin de trouver une autre issue, autre que la fuite.* » De plus, Madame M. était paradoxalement soulagée après son IVG qualifiée de non choisie : « *Une fois le soulagement exprimé : 'Je n'avais pas le choix' ... [il] reste toutefois le 'je' en question.* » Par sa grossesse et son IVG, elle souhaitait cesser la relation avec son mari : « *D'interrompre cette grossesse lui permet d'interrompre la vie conjugale.* » Et l'écoute de la thérapeute lui permettait d'aller plus loin en livrant ses angoisses : « *Je lui demande ce qu'elle craint, ce renvoi à ses craintes a un premier effet mobilisateur qui ouvre une parole sur la 'réalité' conjugale et vient soulager une tension émotionnelle.* »

Pour l'auteur, Madame M. tentait de se protéger de sa souffrance par la fuite, « *[...] fuite qui a été jusque là son mode de défense [...]. Elle a quitté les jupes de sa mère pour un mari entretenant. Son manque de confiance en elle la rattrape et quand ce n'est pas élaborable, il n'y a plus qu'à partir, quitter son emploi précédent, partir de sa vie de couple* ». Cette fuite provoquait un silence protecteur et une difficulté relationnelle en ne la mettant « *[...] pas à l'aise sur le plan de la relation [...]* ». Son lien à l'autre est narcissique : « *Pour Mme M., l'autre intérieurisé (objet interne primaire) est absence, mais il existe comme lien [...].* » Ainsi, grossesse et IVG étaient une fuite face à ce conflit relationnel et phobique : « *Arrivés à cette étape, on peut se demander si cette quatrième grossesse suivie d'IVG n'est pas venue pour que Madame M. trouve une issue à son conflit relationnel avec son père, son directeur, son mari.* »

Puis elle quittait progressivement son rôle de dominée : « *Madame M. va ainsi commencer petit à petit à sortir des positions extrêmes victime/tyran.* » Elle se confrontait désormais à sa famille en se remettant en question : « *Chemin faisant, l'agressivité de ses enfants l'amènera à se poser des questions plutôt qu'à se protéger.* » Elle modifiait son mécanisme de défense en se distanciant de ses parents : « *L'hyper protection qu'elle est venue chercher en retournant chez sa mère fonctionne comme une barrière, un garde-fou que sa panique vient bousculer, cette protection de sa mère, elle ne la supporte plus.* » Elle retrouvait une place renouvelée par le dialogue avec son mari : « *Le travail thérapeutique permet à Madame M. une prise de parole avec lui pour parler d'elle, de ses difficultés qui datent, ce qui crée une certaine distance entre eux et vient remobiliser leur attachement mutuel.* »

Madame M. reconnaissait que le parti pris contre son mari était une réaction de défense contre elle-même : « [...] elle a tenu à rectifier que tout n'était pas du côté du mari, comme elle a pu leur faire croire en mettant à l'écart une part d'elle ». Elle renonçait à fuir : « [...] et je lui dirai à mon mari pour l'IVG, pour pas que ça reste un secret (ou une fuite et une exclusion pour lui). »

Commentaire du vécu de Madame M.

« IVG secrète, soulagement et décision de séparation conjugale : révélation d'un conflit relationnel et phobique avec l'autre dont l'issue est la fuite »

Quinze jours après son IVG qu'elle a décidée seule, Madame M. souhaite poursuivre son suivi psychologique débuté avant l'avortement. Elle qualifie son acte de non choisi, le garde secret envers son mari, et se sent soulagée. Elle choisit ensuite d'interrompre sa vie conjugale et de se séparer de son mari. Peu habituée à faire des choix, elle est angoissée par cette prise de décision.

Cette angoisse révèle son manque de confiance en elle, son lien narcissique, son conflit relationnel et phobique avec l'autre dont elle se défend par la fuite, ce qui provoque un silence protecteur et une difficulté relationnelle. La grossesse et l'IVG lui ont peut-être permis de trouver une issue au conflit relationnel avec son père, son patron, son mari.

3.4.9 Synthèse du document n° 9 (22)

« Adolescentes enceintes »

Clémentine

Clémentine avait 18 ans, travaillait en Suisse et vivait en colocation avec une amie. Elle venait de quitter son compagnon avec qui elle avait eu le projet de prendre un appartement. Au cours de sa demande d'IVG quelques jours avant l'expiration du délai légal, elle acceptait l'entretien systématiquement proposé, dans cette maternité, aux adolescentes entre 16 et 18 ans demandant l'IVG. Cette rencontre se poursuivait après l'IVG.

Clémentine était tombée enceinte après avoir abandonné la pilule « *qu'elle prenait scrupuleusement jusque-là* ». Elle avait arrêté ce contraceptif suite à un accident de voiture survenu une semaine auparavant lors de sa soirée d'anniversaire, où trois amis étaient décédés, où elle était la seule survivante. Et peu après avoir appris sa grossesse, elle s'était séparée de son ami en ayant provoqué une dispute « *totalement artificielle, me dira-t-elle, mais il fallait que je le quitte* ». Puis elle l'avait informé de sa décision d'IVG.

Après l'IVG, Clémentine expliquait la raison de son interruption de grossesse ; elle expliquait sa prise de conscience que l'enfant qu'elle avait porté ne pouvait *être* ses amis. L'auteur rapportait : « *Je me suis demandé quel grain de sable avait pu interrompre un processus qui paraissait si inéluctable. Elle me l'a expliqué : l'enfant à venir ne pouvait que représenter ses amis morts, alors qu'elle recherchait une réplique exacte.* »

Pour l'auteur, Clémentine se sentait coupable du décès de ses trois amis, et sa « [...] culpabilité rendait le deuil impossible ». Elle avait tenté de les remplacer par ce bébé : « *Après, elle se serait consacrée à la tâche de faire revivre ses amis à travers le bébé. L'arrêt de son histoire d'amour participait à la punition.* » Cet enfant n'était pas celui pensé avec son ami : « *Il ne devait pas être celui qu'elle avait projeté de faire avec son ami, dans la continuité de leur installation en commun.* » Elle avait eu une vision délirante de l'enfant à naître : « *Nous étions, à ce moment, dans une économie propre à l'hallucinatoire.* » Clémentine avait ensuite réalisé l'échec de sa tentative de remplacement, ce qui l'avait amenée à décider d'une IVG. Selon l'auteur, le soutien psychiatrique devait permettre de transférer l'embryon de l'espace du délire à celui de la réalité pour permettre son deuil : « *Le travail de crise a consisté, avant et après l'IG, à déplacer cet embryon de l'espace purement*

subjectif de Clémentine, pour l'extérioriser et le replacer au sein du couple qui l'avait créé, pour lui permettre une entrée dans l'ordre du symbolique et en faire le deuil. »

Commentaire du vécu de Clémentine

« Où l'accompagnement psychologique après l'IVG amène à comprendre l'interruption de grossesse comme l'échec d'une tentative de remplacement et à révéler un deuil non fait »

Après son IVG, Clémentine, adolescente, poursuit l'accompagnement psychologique. Elle y explique son choix d'interruption de grossesse à savoir la prise de conscience de l'échec de sa tentative de remplacement de ses amis décédés par un enfant à naître.

Cette tentative d'ordre hallucinatoire résultait du deuil non fait de ses amis, lui-même lié à la culpabilité de leur mort.

Fatia

Fatia avait 17 ans et vivait chez ses parents, un médecin et une infirmière réfugiés politiques à Genève depuis 15 ans. Elle était musulmane moins pratiquante qu'eux, célibataire et lycéenne brillante. Au cours de sa demande d'IVG à 9 semaines de grossesse, elle acceptait de rencontrer un psychiatre, rencontre systématiquement proposée, dans cette maternité, aux adolescentes entre 16 et 18 ans demandant l'IVG. Un an auparavant, à l'âge de 15 ans, Fatia avait réalisé une première IVG en clinique privée sur décision de sa mère, alors qu'elle et son petit ami voulaient un enfant qui « *viendrait sceller leur amour et le rendrait public* ». Son compagnon de l'époque avait 23 ans et était demandeur d'asile.

Fatia racontait qu'au moment de sa première IVG, elle avait été accusée de plusieurs fautes par sa mère : « [...] elle accuse sa fille d'avoir sali l'honneur de la famille, d'attirer la malédiction de Dieu, et d'avoir failli à la règle qui voudrait qu'elle reste vierge jusqu'au mariage. » Elle avait été obligée par sa mère, sous sa menace, de se séparer de son ami. Affligée, Fatia s'était sentie en profond désaccord avec ses parents : « *L'adolescente est désespérée et entre en opposition violente avec sa famille [...]* ». Et malgré un placement temporaire en foyer d'urgence puis en famille d'accueil, elle avait continué à s'alcooliser de retour chez ses parents : « *Elle sortait pratiquement toutes les nuits et revenait imbibée d'alcool.* »

Environ un an après l'IVG, une de ses alcoolisations s'était compliquée d'un coma éthylique déclenchant un suivi médical familial rapidement interrompu : « *Et sans explication, ils ne vont plus donner suite aux propositions thérapeutiques faites par le médecin.* » Puis à cette même période, Fatia était tombée enceinte au cours d'une relation passagère et alcoolisée : « *Cette possible grossesse, elle n'y avait pas pris gare. Elle était tellement alcoolisée [...] qu'elle n'a pas eu l'énergie physique ou psychique de prendre une quelconque décision.* » Elle demandait alors une deuxième IVG et acceptait la consultation psychiatrique préalable. Elle était indifférente : « *Cet enfant ne compte pas [...].* » Et elle s'estimait responsable de la survenue de cette grossesse : « *Son partenaire n'est pas investi et semble surtout avoir profité de son état. Elle ne lui en veut pas de l'avoir mise enceinte, car il lui appartenait à elle de lui dire non ou d'exiger qu'il prenne des précautions. En fait, elle ne lui a même pas demandé d'utiliser un préservatif.* »

Fatia souhaitait que ses parents et surtout sa mère ne fussent pas mis au courant : « *[...] le seul souci qu'elle se fait est d'éviter que sa mère s'aperçoive qu'elle est enceinte de nouveau.* » Pourtant, sa mère découvrait la grossesse de sa fille : « *[...] elle avait fouillé dans le sac de sa fille la veille au soir, trouvé la carte de rendez-vous de la Maternité et ainsi vu ses craintes confirmées.* » Fatia réalisait sa deuxième IVG en sa présence. Puis elle interrompait le suivi psychiatrique : « *Le lendemain c'est elle qui me téléphone et nous convenons d'un rendez-vous auquel elle ne viendra pas.* »

Pour l'auteur, Fatia mettait du temps à lui évoquer son premier avortement dont elle n'avait jamais parlé auparavant : « *Au cours d'un entretien long, difficile au début, elle va me confier son histoire.* » En révélant sa grossesse et son IVG passées, elle manifestait une humeur dépressive et signifiait sa culpabilité : « *Elle sait [...] qu'il sera question de ce bébé qui lui manque et qui ne peut exister dans le champ intersubjectif qu'en l'absence de celle qui l'a fait disparaître : sa mère bien sûr, mais aussi la partie d'elle-même complice de cette mère.* » Elle souffrait de la destruction de ce projet d'enfant, « *[...] projet narcissique certes, que les parents de Fatia ont saccagé pour des motifs religieux et identitaires sans le moindre égard pour la subjectivité de la jeune fille.* » Elle en gardait une blessure narcissique : « *Ce trou dans le tissu narcissique de l'adolescente appelle la deuxième grossesse.* » Elle tentait de remplacer ce bébé par ses alcoolisations qui « *[...] ne suffis[ai]ent pas car il n'y a pas interchangeableté des contenus dans le ventre de l'adolescente. Nourriture, toxiques ou bébé ne sont pas équivalents [...]* ». Elle voulait combler le manque d'un bébé qui « *[...] s'apparente ici davantage à un vide qu'à une absence [...]* ».

Fatia faisait alors mémoire du bébé en tombant enceinte à la date anniversaire de la première IVG : « *Le seul intérêt de cette grossesse est de marquer une trace de l'enfant [...].* » Elle essayait aussi par cette grossesse de rétablir son projet d'enfant : « *Il s'agit de la reconstitution active d'un traumatisme subi, qui l'avait laissée dans la plus grande passivité. La conception répare tout aussi bien celui qui n'a pas pu exister que la maternalité de l'adolescente.* » Par la suite, Fatia prenait violemment conscience que cette tentative de réparation était illusoire et elle décidait de réaliser l'IVG : « *[...] ce bébé n'est que l'ombre de l'autre et [...], pas plus que lui, il n'a le droit d'exister. Ce n'est pas un simple constat. C'est une rage qui anime Fatia. Contre le faux enfant, contre la fausse mère qu'elle a été contrainte de jouer. Le vécu de meurtre s'installe.* » Et elle culpabilisait de sa décision d'IVG, laissant inconsciemment sa mère intervenir en faveur de ce deuxième avortement qu'elle voulait garder secret : « *Et la culpabilité la saisit de nouveau, l'obligeant à négliger, en apparence, le secret de sa grossesse. Sa mère, instance punitive, est sollicitée par le biais d'une étourderie.* » Puis, en renonçant brutalement à poursuivre le suivi médical, Fatia témoignait d'une ambivalence pouvant s'expliquer par trois hypothèses : « *Interdite par la mère extérieure ? Rattrapée par une communauté de déni intériorisée ? Obligée de continuer à se punir par une autodestruction dont la mouture actuelle serait le refus des soins que je lui propose ?* »

En répétant le cycle IVG-grossesse, Fatia répétait l'attaque au corps vécu un an auparavant, « *[l'] entreprise mortifère dans le lieu même qui avait été choisi pour abriter le narcissisme de vie* ». Cette attaque s'exprimait aussi dans ses conduites sexuelles à risque : « *À mon sens, l'attaque au corps se situe dans son activité sexuelle désordonnée, infiltrée par le sadomasochisme de ses relations, et aggravée par l'anesthésie provoquée par l'alcool.* » Une prise en charge était nécessaire pour tenter de « *[...] récupérer [...]* » le projet narcissique de la première grossesse : « *Il aurait fallu poursuivre la prise en soins de la jeune fille pour permettre une évolution dans laquelle la grossesse ne serait pas la réPLICATION d'une automutilation, mais une virtualité d'élaboration corporelle et psychique du deuil destructeur de 2004.* »

Commentaire du vécu de Fatia

« Alcoolisations, conduites sexuelles à risque et IVG : des automutilations répétant la blessure narcissique d'une IVG non choisie »

Au moment de son IVG décidée par sa mère, Fatia, adolescente, est culpabilisée de cette première grossesse et obligée de se séparer de son ami par celle-ci. Elle entre en opposition violente avec ses parents et est placée en famille d'accueil. Elle s'alcoolise très fréquemment et a des conduites sexuelles à risques. Elle tombe dans un coma éthylique et apprend sa deuxième grossesse autour de la date anniversaire de l'IVG.

Les alcoolisations sont une tentative de remplacer le bébé qui lui manque et dont elle se sent coupable de la disparition. Sa deuxième grossesse est une tentative de faire mémoire du bébé, de combler le manque et le vide, de réparer sa maternalité, de cicatriser la blessure narcissique liée à la négation de sa subjectivité et à la destruction de son projet d'enfant par ses parents.

Fatia a des difficultés à parler de sa première IVG, manifeste une humeur dépressive, se sent indifférente et responsable de la survenue de sa seconde grossesse. Elle décide d'avorter à l'insu de sa mère, obtenant finalement l'approbation de celle-ci par le biais d'une étourderie.

Parce qu'elle prend conscience de l'échec de sa tentative de réparation, elle décide d'une deuxième IVG, décision dont elle culpabilise. Elle ne fait pas le deuil du projet narcissique initial et répète l'automutilation de la première IVG à travers ses conduites sexuelles à risque et le cycle grossesse-IVG.

Fatia est ambivalente à accepter un accompagnement psychologique, ce qui peut révéler un comportement d'autopunition, ou un déni de la nécessité d'être suivi, ou l'obéissance à une interdiction maternelle.

3.4.10 Synthèse du document n° 10 : Cécilia (23)

« Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence »

Cécilia avait 24 ans, vivait en France et était célibataire sans enfant. Elle avait arrêté ses études à 21 ans et était, depuis, en recherche d'emploi et d'appartement. Elle sollicitait un psychologue à cause d'un mal de vivre et de crises de boulimie survenant deux fois par jour environ depuis un an. Elle avait demandé et réalisé une IVG un an auparavant, quelques mois après le départ de sa mère, en raison d'une grossesse non prévue issue d'une relation insatisfaisante avec « *un garçon volage* »,

Cécilia avait raconté son adolescence marquée par la séparation de ses parents quand elle avait 14 ans, par le départ de sa sœur dans les ordres, restant alors seule avec sa mère. Elle avait probablement eu « *des conduites alimentaires restrictives de type anorexique [...] car tout au long de sa croissance, entre 14 et 19 ans, son poids a suivi une évolution souvent bien inférieure à celle de la normale* », période suivie d'une prise de poids de 12 kg entre 19 et 22 ans. Après le divorce de ses parents quand elle avait 21 ans, sa mère avait quitté la région, la laissant seule dans la demeure maternelle alors qu'elle recherchait travail et logement. Au moment de ce départ, elle avait constaté sa prise de poids, avait arrêté le sport, puis était tombée enceinte quelques mois plus tard.

Depuis son IVG il y a un an, Cécilia ressentait un mal-être ainsi que la nécessité d'être remplie : « *Dans le contexte post-IVG surgissent les conduites boulimiques toujours actuelles : 'Je ne peux pas m'empêcher de manger, manger, et manger encore, dit Cécilia, manger, ça me permet d'être pleine, de me sentir pleine'.* » Sa boulimie s'associait à des vomissements : « *[...] après chacune de ces incontrôlables frénésies alimentaires surviennent les vomissements, eux aussi incoercibles.* » Depuis avant son IVG, Cécilia se préoccupait beaucoup de sa silhouette, en réaction à celle des femmes de sa famille : « *Vous savez, dit-elle, je suis d'origine sicilienne par ma mère, et les femmes de ma famille, ma grand-mère, ma mère, ma sœur ont toutes tendance à avoir des hanches plutôt prononcées.* » Elle évoquait donc l'importance du sport, pour sa taille mais aussi pour la connaissance d'elle-même : « *Courir c'est, dit-elle, aller de l'avant, savoir se tenir et se servir de ses jambes, connaître ses propres limites mais aussi ses possibilités.* »

Cécilia exprimait sa détresse face au départ de sa mère, douleur liée à son besoin d'indépendance : « *C'était pas juste, c'est pas normal, crie, pleure aujourd'hui encore Cécilia, elle avait pas le droit de me faire ça, c'était pas à elle de partir, c'était à moi, elle*

m'a pas laissé le temps, il m'aurait fallu juste un peu de temps, je sais pas moi, une semaine, deux mois. » « Elle se sent [...] prisonnière de cette maison. » Elle ne s'estimait pas capable de la tenir en ordre, et elle se trouvait abandonnée par sa mère : *« Elle se sent littéralement perdue, dans cette maison qu'elle n'affectionne pas. Cette maison est vécue comme trop grande pour elle. Plus encore, Cécilia se trouve démunie, et même complètement étrangère en terre maternelle. »* Cécilia évoquait aussi sa passivité dans le fait d'être tombée enceinte : *« [...] 'ce garçon l'a mise enceinte' selon ses propres termes. »*

Elle était demandeuse d'un suivi psychologique régulier, progressivement espacé, puis arrêté à sa demande après une amélioration des symptômes : *« Neuf mois (!) plus tard, Cécilia fait part de sa décision de suspendre complètement les entretiens ; [...] elle n'a plus ni boulimie ni vomissement, a repris l'aérobic et a entretemps emménagé dans son propre appartement. »*

Selon l'auteur, le trouble alimentaire de Cécilia révélait une problématique narcissique, signifiait son vide intérieur et son conflit psychique entre le désir de rester la petite fille et celui de devenir mère : *« Mais les ingestions boulimiques ne constituent-elles pas, plus encore, des tentatives, pour parvenir enfin à garder en soi l'objet (l'enfant à venir, la mère à être, mais aussi Cécilia-enfant et la mère qu'elle eut) [...] ».* Les vomissements reproduisaient l'échec de ces tentatives tel un *« [...] symptôme commémoratif en quelque sorte, et peut-être alors aussi élaboratif des différents conflits psychiques ici en jeu ».* Cécilia n'était pas consciente de ses conflits ; *« [...] elle bute à reconnaître son (ambivalent) désir d'enfant. »*

Pourtant Cécilia montrait sa difficulté à accepter de devenir femme : *« Quelle image de la féminité s'avère ici difficilement intégrable pour Cécilia, et sous laquelle se profile aussi le spectre de la 'mamma' italienne tout autant ingérable. »* Elle se questionnait sur son identité : *« [...] elle se débat plus encore avec les questionnements et les enjeux de l'adolescence, c'est-à-dire avec les incertitudes liées à son devenir sexué de femme, d'amante et de mère potentielle, mais plus fondamentalement aussi à son devenir d'adulte, de sujet mature et autonome. »* Sa construction identitaire était fragilisée par les évènements de sa vie familiale, et en dernier lieu par sa séparation précoce avec sa mère : *« Cela va en effet trop vite pour Cécilia à qui il est demandé d'être une femme adulte autonome et responsable d'elle. »* Cette séparation aggravait son déséquilibre psychique en provoquant un choc spéculaire : *« Angoisses d'abandon et de castration sont simultanément activées et [...] le miroir renvoie soudainement à Cécilia l'image de la femme qu'elle est devenue sans le savoir (ça voir). »*

Concrètement, le départ de sa mère la privait de l'indépendance recherchée, l'accabliait et la bloquait dans sa prise d'autonomie : « *Loin de représenter pour elle l'accomplissement de ses aspirations à l'indépendance, cette conjoncture active chez Cécilia frustration et dépression.* » Psychiquement, Cécilia, seule dans la maison maternelle, était sous l'emprise de sa mère qui occupait son « [...] espace subjectif propre [...] », elle restait peu différenciée d'elle : « *Autrement dit, [...] sa naissance comme femme adulte et mature sur un plan libidinal se complique de la résurgence de son advenue comme sujet peu différencié du corps maternel.* »

Selon l'auteur, Cécilia utilisait donc son corps comme mode principal d'expression : sport, grossesse, avortement, boulimie, vomissements, « [...] conduites (les dernières surtout) à caractère psychopathologique qui peuvent donc interroger sur leurs sens et valeurs évolutifs au sein de l'organisation psychosomatique de Cécilia ». Ces passages à l'acte répétés sur son propre corps lui permettaient d'exprimer angoisses et conflits psychiques identitaires.

Ainsi, la grossesse de Cécilia révélait un désir inconscient de grossesse et de construction identitaire : « *Cette grossesse non préméditée, véritable 'acte manqué', révèle [...] l'essai, certes encore délicat, d'appropriation subjective de son corps sinon du maternel féminin en elle.* » Cet acte manqué était suivi d'un autre passage à l'acte, l'IVG, « [...] l'agir abortif qui lui fait aussitôt suite et qui constitue la toile de fond sur laquelle viennent s'inscrire ses récents comportements boulimiques et pratiques vomitives ». IVG et comportement alimentaire continuaient de traduire le conflit psychique de Cécilia entre besoin et rejet de sa mère : « *Les perturbations alimentaires de Cécilia disent simultanément sa faim de l'objet oral, vital (sous la nourriture, la mère) et sa satiété de celui-ci, rassasiement allant jusqu'à l'écœurement, d'où son rejet.* »

Les passages à l'acte chez Cécilia permettaient ensuite d'aboutir à un travail d'élaboration par une prise en charge médico-psychologique : « *Si l'agir alimentaire, au même titre que l'agir abortif d'ailleurs, pourrait à première vue paraître une voie régressive [...], c'est pourtant lui qui conduit Cécilia à l'hôpital et l'amène à demander consultations médicale et psychologique, soit une assistance pour son corps et pour sa psyché [...].* » Durant ce suivi, elle espacait les consultations et marquait ainsi sa prise d'autonomie : « [...] la rémission de ses conduites boulimiques à l'occasion de la séparation estivale en atteste d'ailleurs.

Commentaire du vécu de Cécilia

« IVG suivie de boulimie et vomissements : témoins d'une crise identitaire, d'un conflit psychique entre besoin et rejet de devenir femme et mère »

L'IVG de Cécilia est suivie de l'apparition d'une boulimie et de vomissements. Elle mange parce qu'elle a besoin de se sentir pleine. Ces troubles manifestent son mal-être, et l'amènent à consulter.

La boulimie est une tentative de garder en soi l'enfant à venir ou la mère en devenir ou la petite fille qu'elle était ou sa propre mère. Les vomissements signent l'échec de ces tentatives. La grossesse et l'IVG constituent des actes manqués révélant son conflit psychique entre besoin et rejet de devenir femme et mère. Ces passages à l'acte répétés sur son propre corps témoignent de l'existence d'une crise identitaire qui se caractérise par un blocage de sa prise d'autonomie, une difficulté de séparation avec sa mère. Cette crise est provoquée par le départ trop précoce de celle-ci et survient dans un contexte de questionnement narcissique et d'une construction identitaire déjà fragilisée par les événements de son adolescence.

3.4.11 Synthèse du document n° 11 : Nadège (24)

« *Crime en solitude ? Un cas clinique* »

Nadège avait 24 ans. Elle vivait en France avec son conjoint et n'avait pas d'enfant. Issue d'une famille aux grosses difficultés financières et sociales, elle avait abandonné ses études pour un job de serveuse. Elle rencontrait un psychiatre dans le cadre d'une enquête judiciaire où elle était inculpée d'homicide involontaire après avoir accouché dans la cuvette de ses WC d'un bébé à terme, vivant, viable puis mort d'une inondation bronchique. Cette grossesse était seulement connue du couple, sans suivi médical. Nadège avait réalisé une IVG deux ans auparavant à plus de 11 semaines de grossesse, en Hollande, sur décision mutuelle avec son ami, et à l'insu de sa mère. Cette première grossesse avait été confirmée à l'échographie à cause de la persistance de nausées et d'un dégoût d'odeur, et préalablement traités par son médecin avec « *une contraception du lendemain alors qu'il existait déjà un test de grossesse positif effectué en pharmacie* ».

Nadège avait raconté sa pauvreté cachée à ses amies, son enfance et son adolescence heureuses en raison de l'union harmonieuse de ses parents et de la présence constante de sa mère au foyer. Puis elle avait évoqué le départ de son père et de sa grand-mère lié au divorce de ses parents vers l'âge de 16 ans, suite à la découverte de l'infidélité du père par sa mère. Elle avait alors décidé de rompre toute relation avec son père qui avait ensuite refait sa vie et avait eu deux enfants. Elle avait été amenée à remplacer sa mère auprès de ses deux jeunes frères, en raison de la dépression de celle-ci.

Nadège décrivait sans hésitation sa mère comme une personne faible : « *Sa mère est décrite de manière univoque : trop gentille, trop douce, se laissant trop faire. Le seul moment où elle s'est montrée forte et décidée a été celui de la rupture [...].* » Elle disait par ailleurs avoir le même caractère que son père, fier, affectueux et un peu dominateur. Elle souffrait de sa rupture totale de contact avec lui _ rupture qu'elle avait elle-même décidée _ : « *Elle ne le voit plus et ne lui parle plus depuis quatre ans, mais cette attitude volontaire et absolue la laisse meurtrie.* » Elle se sentait trahie par son père, elle éprouvait « [...] la rancœur d'avoir été trompée ». Elle l'accusait en effet de son comportement passé qui la faisait toujours souffrir : « *Elle ne lui pardonne ni son infidélité, ni les conséquences psychologiques que le divorce a entraînées sur sa mère et, par contrecoup, sur elle.* »

Ainsi, Nadège restait très protectrice envers ses frères : « *Elle est déçue que le cadet n'ait pas poursuivi ses études et elle considère que ses frères ont encore plus durement*

qu'elle subi l'éclatement de la famille. » Et elle exprimait sa confiance envers son ami : « *C'est mon pilier, il est plus mûr que moi, il est stable, il est plus sûr de lui [...].* »

Puis Nadège évoquait une tristesse à l'évocation de son bébé mort noyé : « *Elle se fait en pleurs tout du long.* » Elle expliquait ne pas avoir eu la vigueur pour se lever de la cuvette de ses WC : « *[...] j'ai mis au monde mon bébé dans les toilettes, et j'ai pas eu la force de me soulever pour m'extirper des toilettes et je l'ai noyé.* » Elle révélait avoir eu le doute de cette grossesse à environ six mois de son commencement, doute qu'elle avait uniquement exprimé à son ami : « *Ainsi, Nadège reste dans le soupçon de sa grossesse. Les fêtes se passent. Elle en parle à Kevin qui l'engage à voir un gynécologue. Elle n'y va pas. Il l'engage à parler à sa mère. Elle ne le fait pas.* » Elle racontait ne pas en avoir parlé à sa mère parce qu'elle « *[...] n'aurait plus été sa petite fille* ». Elle décrivait le décalage entre sa prise de conscience progressive de la grossesse et celle de son terme : « *Du jour de l'an jusqu'au 12 février [jour de l'accouchement], le temps s'écoule passivement et pour le couple commence à germer la réalité de cette grossesse, [...] ils évoquent déjà les prénoms possibles de l'enfant. L'un et l'autre se croyaient au cinquième ou sixième mois.* »

Selon l'auteur, plus que de la culpabilité de son acte d'homicide, Nadège souffrait surtout de la perte de sa vie de famille : « *Nadège va livrer une longue litanie douloureuse, non pas concernant les faits dont elle se sent pourtant coupable, mais concernant sa vie familiale dans l'enfance et l'adolescence, éden dont elle ne s'est pas remise de la perte [...] suite à la séparation et au divorce des parents.* » Elle ne faisait pas le deuil de sa vie d'avant le divorce : « *[...] elle reste appendue à son histoire familiale, sans pouvoir s'en détacher et sans pouvoir faire le deuil d'une famille qui a éclaté quand elle avait 16 ou 17 ans.* » A cause de cette épreuve, Nadège vivait dans une torpeur émotionnelle, une « *[...] pesanteur affective rivée aux souvenirs malheureux et au sentiment d'être dans une ruine insurmontable* ». Elle tissait des liens affectifs très forts avec ses frères, avec son ami : « *Il [son ami] est venu comme un emplâtre, pour non pas cicatriser la perte du père, mais la masquer. C'est pour ça qu'il n'a pas réellement été investi comme un futur père rassurant.* »

Ainsi, pour l'auteur, Nadège avait une immaturité affective : « *Il s'agit donc d'une immaturité qui n'est pas sans profondeur et qui revêt la forme d'un sentimentalisme qui n'a pas été refoulé par des défenses névrotiques suffisamment actives.* » En effet, elle avait une dépendance affective avec sa mère : « *Chez elle [...] c'est le retour constant au souvenir d'une chaleur familiale détruite qui la laisse dépendante de la relation à sa mère et qui alimente ses à-coups de tristesse.* » Le jour de l'accouchement, Nadège prévenait sa mère en

premier : « *il [son conjoint] ne reste pas auprès de sa compagne, il ne téléphone pas, mais court dans tous les sens, prend sa voiture et va d'abord chercher la mère de Nadège. Il fallait enfin lui dire. C'est après qu'il peut prévenir les pompiers.* »

En raison de son défaut de refoulement, Nadège développait un autre mécanisme de défense ; le déni « [...] qui n'est pas celui de la perversion, qui n'est pas tout à fait celui de la psychose, qui n'est pas structural mais de situation ». L'auteur amenait ici au sujet du déni de grossesse de Nadège pour qui la deuxième grossesse est « [...] un cauchemar d'une extrême fugacité, qu'elle va immédiatement mettre hors circuit non par un acte réel comme l'avortement, mais par un acte magique. » En effet, si elle acceptait de fonder une nouvelle famille, elle trahissait et abandonnait sa famille précédente comme son père l'avait fait : « [...] il faut noter que Nadège avait déjà vécu une maternité sous l'aile protectrice de sa mère : celle de ses deux frères. » Alors elle refusait de modifier son statut de petite fille, « [...] d'égaler sa mère [...] » et de se représenter un futur enfant : « *L'infanticide est en quelque sorte un refus de transmission. [...] C'est le statut fait au futur enfant qui permet de dépasser cet enjeu, qui donne sa consistance à l'enfant imaginaire et qui dessine la place qui lui sera assignée. L'avortement de ce processus psychique entraîne une rétention mentale qui peut durer neuf mois et qui finit, un jour ou l'autre, là où finit toute rétention.* »

L'auteur soulignait que l'IVG tardive de Nadège était un signe avant-coureur de son infanticide, car les deux grossesses avaient fait l'objet d'un déni : « *Par deux fois, elle est restée à mi-chemin entre le déni total et le sursaut de conscience qui lui a fait reconnaître, trop tard, son état de grossesse.* Dans la première grossesse, l'acte magique permettant le déni avait cédé à un acte réel d'interruption au bout de deux mois. La prise de conscience de ce déni était responsable chez Nadège d'un traumatisme et d'une culpabilité : « *Il faut souligner la déflagration que constituent pour l'intéressée le constat de ce qui s'est passé et le sentiment de culpabilité que cela entraîne.* »

Commentaire du vécu de Nadège

« IVG et infanticide secondaires à un déni de grossesse : témoins d'une immaturité affective et du deuil non fait de la séparation parentale »

L'IVG de Nadège est suivie, deux plus tard, d'un infanticide secondaire à un déni de grossesse. En prenant conscience des faits, Nadège est traumatisée et culpabilisée.

L'infanticide et l'IVG sont secondaires à un déni de grossesse incomplet. Lors de la première grossesse, l'acte magique de suppression de la grossesse est remplacé par l'acte réel d'IVG. Lors de la seconde, cet acte magique conduit à l'infanticide. Ce déni est un mécanisme de défense contre le refus de Nadège de fonder une famille, de se représenter un futur enfant, d'être comme sa mère, de perdre sa dépendance affective avec celle-ci et son statut de petite fille. Il est une protection contre sa peur de trahir et d'abandonner sa famille comme son père l'a fait. Nadège n'a pas fait le deuil de cette perte de « vie d'avant » la séparation de ses parents, et révèle une immaturité affective fondée sur un défaut de refoulement. L'IVG annonçait l'infanticide.

3.4.12 Synthèse du document n° 12 : Madame T. (25)

« *Violences conjugales et souffrance de l'enfant* »

Madame T. avait au moins 29 ans et était née en banlieue parisienne. Elle avait vécu de l'âge de 6 ans à 21 ans en Afrique du Nord pour ensuite repartir vivre en France avec son mari. Elle avait trois enfants ; deux filles âgées de 8 ans et 18 mois, un fils âgé de 3 ans. De culture musulmane, elle était la seule femme non voilée de sa famille. Elle acceptait le suivi proposé par la psychologue de la PMI qui prenait en charge son fils à la demande urgente de l'école, car celui-ci était « *incontrôlable, très agité et perturbant considérablement la classe* ». Elle avait réalisé une IVG, pratiquée plus de huit ans auparavant, suite à un viol avec un inconnu alors qu'elle était mariée et sans enfant.

Madame T. avait raconté son enfance durant laquelle elle avait été témoin de son père battant sa mère, et où de l'âge de 6 à 12 ans, elle avait été victime d'inceste par un de ses grands frères. Sa mère ne l'avait pas protégée, « *prise dans la violence subie* » par son mari. Madame T. s'était mariée vers 21 ans dans le but de s'enfuir de chez elle. Depuis le début de son mariage, elle était battue et violentée par son mari. A cette époque, elle s'était faite violée à cause de sa tante ; celle-ci « *l'aurait fait boire, et contre de l'argent, l'aurait laissée à un homme dans un hôtel* ». Madame T. avait également décidé de quitter son emploi, se sentant sexuellement harcelée par son patron.

Madame T. exprimait le besoin de se confier à la psychologue : « *Tout reste ici, n'est-ce pas, vous ne parlez pas dehors de ce que je vous dis ?* » Toute habillée de noir, elle révélait alors une relation de couple devenue impossible par la violence physique de son mari sur elle : « *Elle évoque alors sa situation conjugale avec un mari qu'elle ne supporte plus. Elle est victime de sa violence, et ce, depuis le début de leur relation.* » Elle avouait avoir porté plainte une fois contre lui alors qu'il l'avait brûlée au visage, plainte qu'elle avait rétractée « *[...] sous la pression d'un de ses frères lui demandant de laisser une seconde chance à son mari* ».

Madame T. évoquait un sentiment de malaise suite aux retrouvailles avec le grand frère : « *Elle me précise [...] 'se sentir particulièrement mal' depuis quelque temps, car elle a revu un de ses frères aînés qui l'aurait agressée sexuellement dès ses six ans [...].* » Elle racontait qu'elle avait signalé pour la première fois ces violences sexuelles à sa mère l'été précédent. Celle-ci « *[...] ne l'aurait pas crue et, dans une inconsciente tentative de 'couvrir' son fils, lui aurait rétorqué : 'Si c'était vrai, pourquoi tu ne nous l'as pas dit avant ?'* ».

Madame T. se sentait abandonnée par sa mère à qui elle avait courageusement confié son secret, ne pouvant alors pas « [...] imaginer le ‘conflit de loyauté’ que ses révélations allaient susciter ». Par ailleurs, elle souffrait de sa première IVG : « *Elle [la] vit encore comme une ‘plaie ouverte’, ajoutant : ‘Quand j’y pense, j’ai la haine, j’ai la honte’.* »

Madame T. disait s’être confiée à l’une de ses sœurs à propos du harcèlement de son patron et des agressions de son frère, et celle-ci « [...] lui aurait répondu que c’est elle ‘qui provoquait’ ce type de situations par son comportement et autres signaux, dont sa tenue vestimentaire [...] ». En effet, elle se sentait fautive de tous ces événements, et notamment de son refus de relations sexuelles par son mari : « *Je me dis que c’est de ma faute, je dois mériter ça [...].* » Et sa culpabilité entraînait une attitude secrète : « *Je n’ai pas le droit d’en parler, car on va encore me le faire payer* ».

Madame T. n’avait pas de désir d’enfant : « *Moi, je ne voulais pas d’enfants, à chaque fois, il m’a forcée et je suis tombée enceinte.* » Après une cinquième grossesse forcée, elle décidait de réaliser une deuxième IVG, à l’insu de son mari, et elle affirmait « [...] être certaine qu’‘un jour, elle le quitterait’ ». Elle parlait alors pour la première fois de ses filles, « [...] établissant le lien avec son histoire infantile, [de] la peur que ses filles soient à leur tour victimes de violence sexuelle des hommes, oncles de la famille notamment ». Elle souffrait tant que son seul plaisir lui était procuré par ses enfants, « [...] et que par conséquent, elle supportait mal de venir me voir pour évoquer les soucis de son fils à l’école ». Elle cherchait à construire une relation de confiance avec la psychologue pour libérer sa parole et « [...] faire le ménage dans sa tête ».

Selon l'auteur, Madame T. racontait sa vie avec une certaine froideur tel « [...] un automate répétant une histoire déjà maintes fois racontée ». L'auteur soulignait son apathie, « [...] la tonalité dépressive [qui] transparaît dans ses ‘non-échanges avec son enfant’ », et sa passivité : « *Madame T. m'évoque tout cela sans que je sente une réelle volonté (capacité ?) de mettre fin à cette situation qu'elle semble subir, comme avec son fils, passivement.* » Par ce comportement, elle manifestait sa détresse : « *Madame T. m'apparaît alors éteinte et triste comme démunie vis-à-vis de son fils, débordée par le spectacle qu'il mettait en scène, nous regardant alternativement, avec une grande passivité, espérant vraisemblablement que je vienne à sa rescoufse.* »

En effet, malgré l'aveu de ses agressions à certains membres de sa famille, Madame T. restait seule face à son histoire ; « [...] répétition ininterrompue de violence subie sans avoir jamais pu ni s'en défendre ni s'y soustraire, violence marquée par le sceau de la relation à

des hommes maltraitants, dans des circonstances où la sexualité est mêlée à la contrainte et à la peur. » Progressivement, Madame T. laissait exprimer sa colère au fur et à mesure de son récit, notamment à cause de l'incrédulité de sa mère face au comportement incestueux de son propre fils : « *Le déni de la mère venait donc comme une seconde trahison, une ‘non-reconnaissance’ qui la laissait à nouveau face à sa cruelle solitude, avec une colère ‘sans nom’, sans fond.* » Dans la solitude, elle souffrait et culpabilisait de son vécu : « *Démunie, ne trouvant d'appuis, c'est avec un très fort sentiment de culpabilité qu'elle était venue déposer ces éléments douloureux de son histoire de vie.* » Elle justifiait le comportement de son mari, « *[...] expliquant sa violence comme la seule réponse possible face à son refus d'avoir des relations sexuelles avec lui* ». Et comme à l'époque de sa dépression du troisième post-partum où elle avait refusé de consulter, sa culpabilité rendait difficile l'expression de sa parole à la psychologue : « *[...] elle vit ce rendez-vous comme une sorte de ‘trahison’ à l'égard de ceux dont elle va me parler.* »

Pour l'auteur, son statut permanent de victime lui était un moyen de se défendre contre son traumatisme initial, le viol du frère, « *[...] avec une recherche systématique, bien qu'inconsciente, de situations permettant à la victime de ‘rejouer’ et de tenter de se dégager, dans le réel, de ce qui engendre une angoisse insurmontable, en lien avec un traumatisme ancien mais non ‘digéré’ psychiquement* ». Néanmoins, un mois après cette consultation, Madame T. décidait en choisissant l'IVG de mettre fin au cycle de répétitions : « *Ultime répétition, elle retombera enceinte, à la suite (là encore) d'un rapport forcé [...] Mais cette fois-ci, elle dira vouloir avorter _ ce qu'elle fera d'ailleurs dans le secret absolu [...]* ». Le travail psychologique permettait la fin du processus de répétition : « *La vie de Madame T. me paraît receler à elle seule l'ensemble des ferment de la violence subie passivement, après l'avoir été de façon traumatique (viol du frère), prise dans les chaînes de la répétition infinie jusqu'à ce qu'un début d'élaboration, et donc de distanciation, puisse enfin s'amorcer.* » Puis Madame T. se satisfaisait même à exposer sa souffrance à la psychologue au point de passer par la parole de la position de victime à agresseur : « *Au plaisir masochiste de la rétention se substituent peu à peu au fil de notre échange singulier le plaisir ‘du dire’ et celui, plus sadique, du ‘faire subir à autrui ce que l'on a subi sans pouvoir s'en défendre’ : la violence crue, l'effroi à l'état brut.* »

Madame T. n'avait pas d'estime d'elle-même ; son narcissisme était blessé depuis l'enfance. « *Rappelons que chez l'enfant, le viol doublé de l'inceste conduit à une ‘démolition’ de son narcissisme par défaut de protection de l'enveloppe corporelle et psychique qui a été brutalement effractée à cette occasion. C'est donc le Moi tout entier qui*

est assimilé à ce corps blessé et ‘intrusé’. » Petit-à-petit, son identité de femme se construisait sur la peur des hommes et celle « [...] de ne pouvoir, à son tour, protéger ses filles de [leur] violence prédatrice ». Et son identité de mère se fondait sur le défaut de contenance de l’entourage féminin, mère, tante, sœur, générant sa « [...] méfiance vis-à-vis des femmes de l’autre, avec une figure maternelle passive, absente car non-protectrice [...] ».

Commentaire du vécu de Madame T.

« IVG, haine et honte : témoins d’une angoisse de l’enfance et d’une blessure narcissique d’origine incestueuse »

Madame T. a besoin de se confier et révèle avec difficulté un viol suivi d’une IVG. Son évocation provoque haine et honte qui prennent part à un vécu d’abandon et de souffrance dont elle culpabilise.

Elle prend le statut de victime de violences à répétition qui lui permet de se défendre contre son angoisse du traumatisme initial de l’enfance en essayant de la rejouer et de s’en dégager. Son statut témoigne aussi de son absence d’estime d’elle-même et de sa blessure narcissique construite sur l’inceste, la peur des hommes et l’absence de soutien féminin.

3.4.13 Synthèse du document n° 13 : Sarah (26)

« *Le fantasme de magmamatrice* »

Sarah avait 18 ans et vivait en France. Elle demandait un suivi psychologique en raison d'une IVG réalisée quelques mois auparavant.

Elle avait raconté son enfance vécue auprès de sa mère, dépressive depuis la mort de son bébé à huit mois de grossesse, peu de temps avant la naissance de Sarah : « *Elle me parle de la dépression de sa mère et de ses vécus d'enfance auprès d'une mère blessée.* »

Sarah avait besoin de se confier : « *Elle me parle longtemps d'elle-même [...]* ». Elle avait le sentiment de ne pas avoir récupéré de son IVG : « *'Je ne peux pas m'en remettre'* dit-elle. *Depuis l'interruption de cette grossesse, elle est déprimée et a le sentiment de 's'enfoncer lentement'.* » Elle ne voyait pas d'issue à cette souffrance ayant le « [...] sentiment d'être dans une impasse ». Mais elle était certaine que l'IVG était liée à son mal-être : « *Elle ne voit pas, ne comprend pas, pourquoi cette IVG a introduit chez elle cette cassure ; pourtant elle en est sûre, ça vient de là.* »

Sarah évoquait par la suite un rêve pénible datant de quelques jours après son IVG : « *Elle perd un bébé à la naissance, ça la rend très, très triste.* » Elle exprimait alors son important ressenti du deuil non fait de sa mère concernant le bébé mort à huit mois de grossesse : « *Sarah [...] a le sentiment d'avoir toujours grandi avec l'impression de cette perte chez sa mère.* » Puis elle évoquait son sentiment d'avoir un peu tué ce bébé par son IVG : « *Elle revient alors sur son rêve, disant que ça n'est pas le bébé de sa mère qu'elle a tué en faisant l'IVG mais que, quand même, 'ça y ressemblait drôlement'.* »

Selon l'auteur, Sarah déprimait, et elle réactivait sa culpabilité de n'avoir pu pallier à l'état dépressif chronique de sa mère perçu depuis son enfance : « *Sarah a repris à son compte la dépression maternelle qui, semble-t-il, vient réveiller une culpabilité ancienne liée à la perception de la détresse maternelle et au sentiment de ne pas réussir à la colmater, à la combler.* » En effet, la jeune femme développait une dépression à l'image de la dépression maternelle : « *Pour avoir 'tué un bébé' qui était à la fois le sien et celui de sa mère, elle est devenue cette mère déprimée qu'elle a connue dans l'enfance.* »

Sarah confondait son histoire et celle de sa mère, et elle culpabilisait alors de son IVG au point de ne pouvoir l'accepter : « *Au fond, il n'y avait dans cette histoire qu'un seul bébé, qu'une seule femme et qu'une seule fécondité possible [...] acte dans le réel si emprunt de*

culpabilité qu'il devient inintégrable et ouvre une faille dans laquelle Sarah s'engouffre. » Elle fusionnait avec sa mère : « ‘Je suis cette mère déprimée, je suis ce ventre en deuil perpétuel d'un bébé trop tôt disparu’ pourrait être l'énoncé inconscient. » « Il y a parfois un sentiment très vif et intense [...] de fusion/confusion [...]. » Sarah manifestait son lien douloureux avec sa mère par la grossesse et l'IVG : « *La fécondité féminine est alors ce par quoi le dialogue mère/fille se poursuit, prenant la chair comme support.* »

D'une part, Sarah culpabilisait de sa grossesse comme c'est aussi le cas d'autres jeunes femmes : « [...] elles gardent parfois le sentiment intérieur d'avoir volé la fécondité de leur mère, une culpabilité intense devant leur volonté intérieure de différenciation [...]. » Elle hésitait puis renonçait à se différencier de sa mère : « *La question de l'IVG chez une adolescente, confronte alors les filles à une ambivalence insondable. Elle les situe à nouveau devant la nécessité vitale et douloureuse de symboliser une différenciation entre elles-mêmes et leur mère.* »

D'autre part, elle tentait de réparer un traumatisme maternel par sa propre grossesse : « *Lorsqu'il y a eu quelque chose d'impensé pour une mère autour de ces grossesses et de ces maternités, les filles adolescentes s'enlisent parfois dans des tentatives désespérées de réparation maternelle à travers leur propre grossesse.* » Selon l'auteur, cette tentative de réparation se rattachait au fantasme d'une matrice commune ayant pour support la fécondité : « *La Magmamatrice met en scène l'origine d'un vivant collectif, elle ignore la mort individuelle (tout est ‘remplaçable’, interchangeable et sans limite).* » Par cette tentative de réparation, Sarah ne laissait pas de place à l'embryon : « *Dans ce cas, l'embryon destiné à l'IVG (‘précipité embryonnaire’) n'est que la concrétisation charnelle de ce désir de toute puissance qui voudrait fourvoyer la mort elle-même.* » Elle échouait dans cette tentative et elle reproduisait la souffrance et le deuil maternels : « *À ce niveau psychique d'indifférenciation matricielle, le danger peut être grand, de plonger dans l'abîme de la détresse d'une mère.* »

Par la suite, Sarah différençiait les deux histoires, celle de sa mère et la sienne, afin « [...] de remettre les bébés à leur place », par les entretiens lui permettant d'accéder à sa parole propre telle que l'expression de son rêve. Elle se réappropriait l'histoire de son IVG, « [...] afin que Sarah puisse vivre et penser son IVG de façon singulière, afin qu'elle puisse penser au mieux le sens qu'avait pour elle la mise en place de cette grossesse et la nécessité de son interruption au cœur même du lien à sa mère ».

Commentaire du vécu de Sarah

« IVG et dépression secondaire ou l'échec d'une tentative de réparation d'un traumatisme maternel révélant un lien maternel fusionnel »

Plusieurs mois après son IVG, Sarah, adolescente, demande un suivi psychologique. Elle a besoin de se confier à propos de cette IVG dont elle est certaine du lien avec sa dépression actuelle sans pouvoir l'expliquer.

Sa dépression reproduit la souffrance et le deuil vécus par sa mère lors de la perte d'un fœtus de huit mois, et réactive sa culpabilité de n'avoir pu combler cette perte. Elle témoigne de sa culpabilité d'avoir tué un bébé, le sien et celui de sa mère, de sa non-acceptation de l'IVG, et de sa confusion/fusion entre son histoire et celle de sa mère. L'IVG est l'échec de sa tentative de réparer un traumatisme maternel et déclenche sa dépression. Elle témoigne aussi de sa culpabilité, de son renoncement et de son ambivalence à tenter, par la grossesse, de se différencier de sa mère.

3.4.14 Synthèse du document n° 14 (27)

« *Le moment adolescent comme moteur de la cure d'adulte* »

Yasmina

Yasmina avait 35 ans et vivait en France où son père, algérien, avait immigré. Elle vivait seule depuis qu'elle avait quitté le père de ses enfants dix ans auparavant, celui-ci ayant obtenu leur garde. Ses enfants étaient maintenant en période d'adolescence. Elle avait perdu son emploi. Elle demandait un entretien avec la psychologue à l'occasion d'une démarche dans un centre d'orthogénie pour une prise de contraception. Elle avait réalisé une IVG à l'adolescence suite à une relation avec « *le premier venu* » : « *tout s'est déroulé sans trop réfléchir* ». Elle avait suivi la résolution maternelle, « *plus soumise à la décision de sa mère qu'à son désir, ajoutant : 'Et puis, c'était la honte.'* »

Elle avait raconté la séparation de ses parents alors qu'elle avait 14 ans, suivie du retour en Algérie de son père « *qu'elle vénérait* », et des nombreux séjours de sa mère chez la sœur de celle-ci. « *Elle s'était sentie alors livrée à elle-même.* » Elle avait évoqué son souvenir d'une coupure d'électricité dans « *l'appartement déserté par sa mère* » et l'arrêt de sa scolarité suite à des absences répétées.

Yasmina exprimait une volonté de sortir de son grand isolement par son acte d'aller au centre d'orthogénie : « *Elle évoque alors cette rencontre médicale pour une prise de contraception qui constituait pour elle la première démarche lui ayant permis de s'extraire de chez elle.* » Elle se sentait abandonnée par ses enfants : « *Elle se présente [...] comme 'accablée par l'abandon de ses enfants'.* » Elle exprimait également son abattement suite à l'action judiciaire concernant leur garde : « *'Étrangement' dit-elle, elle ne s'est pas battue mais s'est sentie 'accablée' par le résultat de la procédure.* »

Yasmina constatait sa relation quasi-inexistante avec ses enfants : « *Elle les a vus de loin en loin. Ils ont alors déménagé avec leur père à une trentaine de kilomètres de son domicile et, brusquement, elle ne les a plus accueillis chez elle.* » Au moment de leur adolescence, elle souhaitait rattraper « *[...] le temps perdu de leur enfance* » dont elle accusait le père : « *Si d'ailleurs leur père est tenu responsable de ce rapt de temps, le temps des retrouvailles au moment de l'adolescence de ses enfants est marqué dans son discours par ce constat : 'Ils m'ont abandonnée, je ne suis pas leur mère, il n'y a aucune complicité !'* » Elle

manifestait en effet son besoin d'être estimée en tant que mère dans « [...] la plainte formulée ainsi : 'Je ne suis pas reconnue comme une mère' [...] ».

Yasmina se disait affligée depuis la séparation de ses parents : « *Passé le temps de l'euphorie lié au sentiment nouveau extrême de liberté, le cauchemar du quotidien l'a envahie et c'est d'ailleurs depuis qu'elle se sent 'accablée par la vie'* », période marquant le début de ses inquiétudes : « [...] le moment de la séparation de ses parents vient indiquer chez elle la fin de 'l'insouciance' [...]. »

Selon l'auteur, Yasmina vivait maintenant sa crise d'adolescence, déclenchée par la période d'adolescence de ses enfants : « *Yasmina pourrait-elle faire partie de ces [...] futurs adultes en crise de maturité virtuelle, quand leurs enfants devenus adolescents, réveilleront ces incertitudes masquées*' ». En effet, elle ressentait depuis longtemps un mal-être qu'elle manifestait par une succession de cassures telles que l'arrêt de sa scolarité, l'IVG... « [qu'] elle évoque dans une même logique de rupture en chaîne ». Elle souffrait d'une perturbation de sa construction psychique secondaire à « *la séparation des parents, le départ du père en Algérie, père qu'elle vénérait... voici donc l'origine de son malaise et de tous les maux à venir. 'On lui a volé son adolescence'* ». Elle ressentait un mal-être à cause de cette adolescence manquée : « *Nous voyons chez elle le souci d'un repérage du moment adolescent dans sa difficulté de constitution puisque justement chez cette patiente, l'adolescence est introduite par son ratage. C'est là [...] que le malaise prend son origine.* »

Yasmina manquait d'un soutien adulte depuis le début de son adolescence, « [...] là où le sujet s'indiquerait justement, par son absence, là où la responsabilité du sujet ne peut s'énoncer encore que sous celle d'un Autre tout-puissant [...] ». Le malaise adulte était donc causé par un moment de sa vie adolescente : « *La clinique m'a conduite à constater que les sujets rencontrés, supposés adultes, mettent immédiatement en avant comme conséquence logique de leur malaise, un moment de leur vie situé autour de leur adolescence où les constructions élaborées précédemment ne tiennent plus.* »

D'après l'auteur, ce malaise était aussi causée par sa maternité manquée, où le « [...] rapt de l'adolescence redoublé de celui de ses enfants [...] prend un autre sens pour ce sujet quand elle décide de se mettre au travail [...]. » En effet, Yasmina se questionnait sur son identité de femme : « [...] elle s'interroge sur sa vie de femme, femme qui serait susceptible de désirer un homme. » « *Chez l'adulte femme en devenir s'opère donc un mouvement de retour sur ce temps adolescent où s'étaient posées les questions suivantes : qu'est-ce qu'être femme, comment devenir mère ?* » Elle se confrontait de nouveau à une recherche identitaire

de féminité et de maternité déjà questionnée et ambivalente à l'époque de son IVG : « *La problématique adolescente y est alors souvent marquée par cette potentialité à devenir mère sans pourtant choisir de s'y confronter dans la réalité.* »

Commentaire du vécu de Yasmina

« IVG, témoin d'un mal-être fondé sur un ratage de l'adolescence et du questionnement sur la potentialité d'être femme et de devenir mère »

Yasmina éprouve un mal-être depuis la séparation de ses parents à l'adolescence.

Son mal-être se manifeste à travers une succession de cassures telles que l'IVG à l'adolescence. Il prend son origine dans le ratage de son adolescence qui correspond au manque de soutien adulte causé par la séparation de ses parents. Au moment de l'adolescence de ses enfants, Yasmina revit une crise d'adolescence où elle se confronte à une recherche sur sa potentialité d'être femme et de devenir mère, questionnement ambivalent déjà survenu à l'époque de son adolescence et illustré par son IVG.

Justine

Justine avait 32 ans et vivait avec son petit ami en France. Elle travaillait comme stripteaseuse et n'avait pas d'enfant. Elle acceptait un entretien psychologique suite à l'insistance du médecin du centre d'orthogénie où elle demandait une troisième IVG. Elle avait réalisé deux IVG sur une décision mutuelle avec son ami, surtout à sa demande à lui qui, séparé de la mère de son premier enfant, ne voulait pas « *se risquer dans une autre paternité* ».

Elle avait évoqué son enfance, où ses parents la cachaient aux autres et à ses grands-parents. Elle avait raconté la révélation faite par une tante, à ses 18 ans, sur sa naissance par procréation médicalement assistée, révélation suivie de l'abandon de son brillant cursus scolaire. Elle était ensuite beaucoup sortie et avait trouvé un travail de stripteaseuse.

Justine ne montrait pas clairement le besoin de voir une psychologue : « *Elle n'a jusqu'alors jamais souhaité rencontrer 'un psy', s'est même opposée à l'insistance du médecin à me rencontrer.* » Puis, elle lui manifestait son indécision de réaliser cette troisième IVG : « *L'indécision quant à cet acte d'interruption se poursuit [...]* ». Elle révélait ensuite le

lien entre son changement de comportement et le secret levé sur son origine : « [...] la patiente évoque les ‘quatre cents coups’ dont sa vie a été animée après la révélation faite par sa tante. » A l'aide de l'auteur, elle interprétrait alors ce bouleversement comme le besoin d'enfreindre une interdiction lui paraissant avoir été posée par ses parents, celle de se montrer : « *Elle notera la nécessité de transgresser ce qu'elle percevait comme un interdit parental à connotation incestueuse, puisqu'on la cachait... aux grands-parents.* »

Justine exprimait pour la première fois « [...] son désir d'avoir un enfant de son ami, ce qu'elle n'avait pu faire jusqu'alors ». Par la suite, elle choisissait de réaliser l'IVG, mais pour un motif différent des précédents, pour une raison personnelle et non motivée son ami : « *Après l'énoncé de son désir, elle décidera cependant, mais ‘pour elle, cette fois-ci’, d'interrompre la grossesse.* »

Pour l'auteur, Justine cessait d'être hésitante sur sa décision ou non d'avorter, après avoir exprimé le bouleversement de sa vie secondaire à la découverte de ses origines : « *L'indécision quant à cet acte d'interruption se poursuit jusqu'au moment où la patiente évoque les ‘quatre cents coups’ dont sa vie a été animée après la révélation faite par sa tante.* » Depuis celle-ci, Justine s'exposait à la vue des autres : « *Je lui dis : ‘Vous vous êtes montrée’ et arrête là la séance. Au rendez-vous suivant elle associera à partir de mon interprétation.* » Justine reliait son attitude actuelle à son enfance cachée, « [...] reconstruite à partir de ce coup de tonnerre du réel [la révélation de sa tante] dont elle ne peut se déprendre. » Le comportement de Justine à l'âge adulte révélait les failles survenues dans son développement adolescent : « *Il s'agirait alors [par le moment adulte] de tester la solidité de cette construction adolescente ou au contraire d'en mesurer les ratages afin de tenter une nouvelle construction [...].* »

Au cours de l'entretien psychologique, Justine choisissait d'avorter une troisième fois pour un motif différent de celui des décisions antérieures, annonçant peut-être la fin d'une série d'IVG : « *Peut-être pouvons-nous émettre l'hypothèse que cette mise au travail chez cette femme lui aura permis de mettre différemment un terme à cette grossesse, voire d'arrêter la répétition d'IVG dans laquelle elle s'était engagée.* »

Commentaire du vécu de Justine

« Où l'accompagnement psychologique après la répétition d'IVG révèle un désir d'enfant en attente d'élaboration »

Justine est indécise quant-à sa demande de troisième IVG, les deux précédentes ayant été décidées d'un mutuel accord avec son compagnon, surtout à sa demande à lui. Elle n'exprime pas clairement le besoin de rencontrer un psychologue à cette occasion. Par la suite, elle découvre le lien entre son changement de mode de vie et la brusque révélation de ses origines (PMA). Elle exprime ensuite pour la première fois son désir d'avoir un enfant de son ami et cesse d'être indécise en décidant d'avorter.

Son comportement d'exhibition manifeste son besoin de transgresser un supposé interdit parental de se montrer, en réponse à un vécu d'enfance cachée à cause de ses origines. Il témoigne d'une construction adolescente peu solide, peu affirmée.

3.4.15 Synthèse du document n° 15 : Luna (28)

« *Sexe, mensonge et trahison. De l'emprise familiale au lien fraternel effracté* »

Luna avait 14 ans et vivait chez ses parents en Belgique. Elle était célibataire, sans enfant, et avait deux frères étudiants, Joël 20 ans et Fabian 22 ans. Sa famille était très catholique. Elle était collégienne, sa mère travaillait comme sage-femme et son père était commissaire de police. Elle suivait une psychothérapie familiale à la demande parentale à cause de son IVG. Elle avait réalisé cette IVG très récemment sur une décision mutuelle avec ses parents, décision « *pesée et réfléchie* », sans regret des parents selon sa mère « *bien qu'ils soient tous deux philosophiquement et éthiquement contre* ». Les grands-parents qui ne vivaient pas en Belgique n'en étaient pas informés.

Luna avait évoqué l'existence d'une tante maternelle et d'une tante paternelle qui, ayant fait la honte de leur famille respective, étaient devenues « *victimes sacrificielles* » de celle-ci. Elle avait ensuite révélé les violences sexuelles subies par son frère aîné Fabian quand elle avait 6 ans. Elle avait tenté d'en parler à ses parents, une fois à l'âge de 6 ans, une seconde fois au moment de sa grossesse, ce qui les avait rendus incrédules.

La psychologue réalisait différentes sortes d'entretiens : mère-Luna, père-mère-Luna, mère seule, père seul, Luna-frère. Il paraissait important de rapporter le vécu des parents lors de leurs entretiens :

La mère de Luna paraissait stricte comme son mari, et maîtresse d'elle-même. Elle était effondrée par la grossesse et l'IVG de Luna. Elle pensait que cette grossesse était issue d'un manque de confiance et de communication réciproque sur les relations sexuelles de sa fille, qu'elle aurait ainsi pu lui déconseiller. Les parents de Luna étaient aussi très inquiets de son insouciance « [...] ‘alors qu’elle devrait tirer les leçons de ce qui lui est arrivé et se mettre à travailler pour l’école’, où ses points sont en train de chuter ». Finalement, ces parents aimants et à la moralité irréprochable vivaient la grossesse et l'IVG de leur fille comme un drame, un évènement honteux inacceptable. La mère de Luna la considérait peu digne d'être sa fille comme elle pensait être elle-même une mère indigne à ses yeux.

En racontant leur enfance, les parents de Luna prenaient conscience du statut de leurs sœurs : « *Ils parlèrent du processus d'exclusion qui avaient présidé au rejet de leur sœur respective (deux tantes de Luna) dont ils découvrirent avec émotions la position de victime sacrificielle.* » A ce sujet, la mère de Luna était marquée par la ressemblance physique de sa fille avec cette sœur, ce qui lui faisait constater que Luna « [...] n'avait aucun point commun

avec elle [sa mère] ». Les deux parents vivaient donc « [...] un lien fraternel effracté [...] » causée par la honte.

En raison de son enfance malheureuse et close, le père de Luna « [...] poussait donc ses propres enfants pour s'armer dans la vie, à transgresser. Mais il pensait aussi que lorsqu'on a pu s'offrir le luxe de transgresser, on doit en sortir raisonnable et grandi ». En raison de son enfance sans communication familiale, la mère de Luna « [...] devait offrir à ses enfants un espace de dialogue, de partage, témoin d'une confiance dont elle avait tellement manqué. Inconsciemment, elle devenait de plus en plus contrôlante et étouffante [...] ». Les deux parents utilisaient donc des « [...] stratégies réparatrices [...] pour restaurer leur propre blessure du passé » en tenant un double discours sur la transgression. Ces stratégies d'adaptation à une emprise familiale passée devenaient violentes au point de reproduire l'exclusion de leurs sœurs dans le rejet de Luna, de « [...] rejouer un drame de leur enfance en s'offrant une lutte masquée passant par l'exclusion de Luna ». Les parents niaient la souffrance infligée à leur fille.

Fin du vécu des parents

Luna, habillée en style gothique, souffrait depuis l'épreuve récente de sa grossesse et de l'IVG. Elle exprimait le besoin de voir ses amis et de profiter de la vie : « *Elle dit qu'elle a vécu des moments très durs et qu'elle a besoin de voir les amis et amies qui l'ont le mieux aidée à traverser cette épreuve.* » Elle évoquait la douleur de ses parents : « *[...] elle clame son envie de vivre et de s'amuser et dit qu'elle a souffert et souffre encore, mais que ça, ses parents ne veulent pas le voir, qu'ils ne voient que leur souffrance à eux.* » En effet, elle insistait sur son sentiment d'être mieux comprise par ses amis que par sa famille, sauf l'un de ses frères : « *Luna se dit proche du plus jeune et décrit l'aîné comme très éloigné d'elle, et 'pensant comme ses parents', c'est-à-dire incapable de la comprendre.* »

Luna décrivait son père comme une personne très stricte, « *[...] encore plus dur que sa mère* ». Elle rejettait l'idée d'avoir un entretien en présence de ses parents ou d'être vue avec sa mère dans la rue : « *Elle refuse de sortir aux côtés de sa mère et marche 50 m derrière elle pour éviter qu'on les voie ensemble [...].* » Appelant ses amis sa deuxième famille, elle percevait qu'une distance s'installait entre elle et ses parents : « *[...] elle sent qu'elle est en train de perdre ses parents* ».

Elle racontait ensuite un cauchemar quotidien et angoissant : « *Un homme entrait dans sa chambre. Il était grand, portait une grande cape noire et avait des cheveux gominés et coiffés un peu à la manière de son père. Il se dirigeait vers elle, ouvrait sa cape... on pouvait*

alors entrevoir un fœtus ensanglanté que l'homme essayait ensuite de donner à Luna. » Puis, elle cessait de faire ce rêve : « *Elle m'a seulement répondu que ce n'était pas son père qui rentrait dans sa chambre. Peu après, les cauchemars ont cessé.* » Elle exprimait un sentiment de solitude et d'exclusion. Elle révélait aussi que « *[...] le garçon dont elle avait été enceinte s'appelait...Fabian [...]* ».

Luna était perçue comme différente par ses parents, ce qu'ils acceptaient mal : « *Bien qu'ayant souvent travaillé avec des situations violentes, j'ai rarement vécu dans une famille ce moment précis où s'installe et s'amplifie cette perception de la différence chez un patient désigné [...]* ». Luna était alors l'objet d'un mécanisme de persécution de ses parents qui l'excluaient progressivement de la famille : « *[...] le sentiment d'ostracisme et de rejet de la différence par les parents les pousse à essayer d'anéantir, d'écraser, d'exclure par des moyens parfois très subtils et pervers ces aspects de leur enfant qu'ils ne peuvent accepter.* » Luna entretenait son côté provocant et extraverti : « *De son côté, elle renforce cette différence [...].* » De l'autre, elle souffrait de sa situation d'étrangère aux yeux de ses parents : « *Elle me semble en train d'endosser une position de 'victime sacrificielle' dont elle essaye pourtant par tous les moyens de se débarrasser [...].* »

Pour l'auteur, Luna se libérait d'un fardeau en racontant son cauchemar : « *L'entretien individuel a été une espèce de séance cathartique où elle est comme venue me 'déposer' un cauchemar [...]* ». Par ce rêve à caractère incestueux, Luna manifestait probablement sa culpabilisation par ses parents. D'ailleurs, ils s'accusaient mutuellement : « *Les entretiens avec les deux parents et Luna furent, comme prédis par Luna, une véritable catastrophe où violence, haine, culpabilisation et messages paradoxaux fusèrent.* » Luna était diabolisée par ces attaques : « *Ce n'était plus la Luna que je connaissais, dont on me parlait et qui se trouvait face à moi mais un être possédé par le Mal.* » En revanche, Luna était soutenue par son frère Joël : « *Les entretiens de fratrie permirent à Joël et Luna de se mettre à coopérer, ce qui témoignait déjà, me semble-t-il d'une réelle capacité du système à se mobiliser.* »

Luna déclenchait la culpabilité parentale : « *Le mythe de l'irréprochabilité est attaqué par cette double transgression (grossesse + avortement) et le système entre en crise ; il va se rigidifier, se fermer, le mythe familial devenant omnipotent [...].* » Cette culpabilité réactivait une blessure narcissique familiale, la culpabilité de l'inceste dénié de Luna : « *On peut faire l'hypothèse que la grossesse ait ravivé les émotions négatives associées à l'abus sexuel fraternel non seulement chez Luna mais aussi chez tous les membres de sa famille. Lorsque la grossesse et son interruption apportèrent leur lot de souffrance et de culpabilité, les émotions*

devinrent trop intenses pour être contenues. » La famille avait donc consulté suite à la double transgression de Luna et la culpabilité réactivée de ses parents : « *Cette charge émotionnelle vint questionner, avec insistance, ce secret bien verrouillé et amena la famille à consulter un thérapeute.* »

Luna subissait le mécanisme de défense de ses parents contre leur culpabilité : « *D'une part, cette histoire montre comment à partir du lien effracté par une violence sexuelle fraternelle déniée, une famille devient capable, pour se protéger de l'indicible, de projeter sa pathologie sur la victime elle-même. Celle-ci devient alors chargée des souffrances et d'un poids qui n'est pas le sien mais qu'elle prend sur elle.* » En fait, Luna devenait la victime des violentes stratégies d'adaptation de ses parents à leurs propres blessures d'enfance : « *[...] l'obligation d'une revanche par rapport à ce que [ses parents] ont subi de violent dans le passé prenait la forme d'une 'revendication destructive' à l'égard de Luna ; la soumission à ces modèles réparateurs devenant pour elle le prix à payer pour conserver une appartenance familiale.* » Elle voyait dans leur comportement une double trahison ce qui avait sur elle un effet d'exclusion déstructurant : « *Plus la mère est dure avec Luna, plus le père l'encourage à transgresser, ce qui pousse la mère à être encore plus dure. Officiellement, le père soutient sa femme et Luna se sent doublement trahie et abandonnée. Luna est prise au piège d'un jeu relationnel qui l'entraîne dans une spirale totalitaire, violente, intolérante et qui pousse à l'exclure.* ».

Au cours de la psychothérapie, en plus de sa révélation d'avoir été enceinte d'un garçon nommé Fabian comme son frère aîné, Luna communiquait de mieux en mieux avec ses parents devenus capables d'aborder l'inceste de leur fille par leur fils aîné : « *Alors que la solidarité familiale fut réintroduite dans le respect des différences, d'abord entre Luna et Joël, puis entre les parents et que le dialogue se renoua, un secret jusqu'alors bien enfoui refit surface.* » « *La mémoire familiale était relancée. La loi du silence était levée.* »

Commentaire du vécu de Luna

« Persécution parentale et souffrance après l'IVG : révélation d'un secret familial »

Depuis sa grossesse adolescente et son IVG, Luna se sent incomprise par ses parents. Alors qu'elle est consciente de leur douleur, elle souffre d'être rejetée et persécutée par eux. Par ailleurs, elle cesse de faire un cauchemar répété et de caractère incestueux après l'avoir décrit à la psychologue. Ce rêve illustrerait la façon dont les parents de Luna la culpabilisent en se déchargeant sur elle de leur propre culpabilité

La culpabilité des parents est secondaire à la double transgression grossesse + IVG. Elle réactive leur culpabilité de l'inceste dénié de Luna, et déclenche leurs mécanismes de défense qui provoquent la persécution de Luna en la rendant progressivement étrangère à leurs propres yeux, en faisant d'elle une victime sacrificielle.

3.4.16 Synthèse du document n° 16 : Nouria (29)

« *La persécution maternelle primaire* »

Nouria était d'origine algérienne et vivait en France avec son mari et ses trois filles. Elle avait elle-même deux sœurs aînées et était musulmane. Elle travaillait comme assistante dentaire tandis que son mari était technicien. Avec lui et sa dernière fille Sarah âgée de un mois, elle rencontrait une psychanalyste à la demande de son psychiatre, pour elle et pour Sarah « *qui ne dort pas, pleure tout le temps et refuse aussi bien le sein que le biberon* ». Nouria avait décidé seule deux IVG successives entre la naissance de sa deuxième et de sa troisième fille parce qu'elle n'avait jamais voulu d'enfant et « *qu'elle ne pouvait supporter aucune contraception* ». Son mari en était informé.

Elle avait raconté le refus de son père d'avoir des filles : il avait fait scandale à la naissance de l'aînée, il avait disparu plusieurs mois à la naissance de la seconde, il avait abandonné sa famille et immigré en France à la naissance de Nouria. Elle avait expliqué l'échec de sa mère à la faire avorter par tous les moyens, puis son refus de la laver, de l'habiller, de la bercer. Elle avait raconté la prostitution de sa mère ensuite rejetée par toute sa famille, son immigration en France à l'âge de 7 ans avec ses sœurs, puis la poursuite des maltraitances et des reproches maternels : « *C'est à cause de toi que nous vivons dans la misère.* » Nouria avait ensuite connu le décès de sa mère d'un cancer, puis sa prise progressive d'indépendance à 16 ans. Elle avait expliqué la naissance de sa fille Sarah née dans un état de mort apparente qui avait nécessité une hospitalisation de 17 jours en réanimation néonatale.

Nouria ne supportait aucune contraception : « *[...] Tous les ennuis de contraception sont arrivés, les bébés avec, et la naissance de Sarah qui a été l'acmé de sa vie de mère.* » Ainsi, elle se tourmentait à chacune de ses grossesses et attendait de son mari qu'il prenne la décision de sa poursuite ou de son interruption, « *[...] mais le mari –comme il le dit lui-même– ‘respecte son choix’, il la laisse donc prendre seule la décision* ». À la question de la possibilité d'avorter, Nouria niait avoir réalisé des IVG sous prétexte que sa religion l'en empêchait : « *‘C'est défendu par le Coran.’ En fait, comme ils me laissent le compte-rendu d'hospitalisation (du bébé), je vois une trace d'effaceur blanc sur une ligne qui commence par 3e pare – et sous le blanc on lit ‘5e geste’.* »

Nouria soulignait qu'elle n'avait connu qu'une période heureuse dans sa vie, celle où elle vivait seule : « *Ces années-là furent ‘le paradis’, disait-elle. Sans famille, sans cris, sans*

disputes, sans insultes, sans soucis. » De plus, Nouria n'avait jamais voulu d'enfant : « [...] elle a rencontré celui qui allait devenir son mari, à qui elle a dit qu'elle ne voulait pas d'enfant. Sa réponse a été : ‘Comme tu veux’, comme d'habitude. » Et elle ne voulait pas de troisième enfant auquel elle s'identifiait : « La mère me raconte qu'elle ne voulait surtout pas de troisième enfant parce qu'elle est elle-même la troisième de trois filles. »

Nouria vivait sa troisième maternité comme un cauchemar : « [...] pendant la grossesse, elle avait l'impression d'avoir un gros caillou dans le ventre, l'accouchement fut une horreur, et l'hospitalisation de Sarah l'obligea à venir tous les jours dans cet hôpital qui la rendait folle. » Durant la période d'hospitalisation de Sarah, elle voyait des signes partout : « Lorsqu'elle arrivait et qu'elle trouvait une place libre sur le parking, elle savait que c'était pour elle. Tout lui parlait. Tout avait un sens bizarre, les feux passaient au rouge pour l'empêcher d'y aller [...] ». A cause de certains signes, elle culpabilisait de son non-désir d'enfant et de ses IVG : « [...] s'ils [les feux] passaient au vert, c'est pour lui rappeler qu'elle ne voulait pas d'enfant, ce qui était ‘péché’ (le vert, la couleur de l'islam, qui la culpabilise). » Elle avait consulté pour des troubles du sommeil et prenait un traitement pour ces interprétations de signes : « Ce n'est qu'après avoir été chez son médecin généraliste, parce qu'elle ne pouvait pas dormir, qu'elle a été orientée vers un psychiatre. [...] Depuis, elle prend des médicaments qui la mettent dans un état étrange, mais au moins elle ne voit plus tous ces signes partout [...] ».

Nouria exprimait une agressivité envers son bébé pleurant beaucoup mais qui pouvait se calmer aux explications de la psychanalyste : « La mère me dit d'un air soupçonneux : ‘C'est bizarre : quand c'est moi qui lui parle, elle pleure encore plus’. » Elle confiait son désarroi face à la lourde prise en charge de Sarah au point d'en préférer sa mort : « ‘De toute façon, dit-elle, ç'aurait été mieux si elle était morte’, elle lui donne trop de travail trop de soucis, trop d'exams à faire encore : neurologiques, ophtalmiques, infectieux. »

Selon l'auteur, Nouria attendait à chacune de ses grossesses un ordre de son mari pour avorter : « [elle] a harcelé son mari dans l'attente d'une décision de sa part ('Fais-toi avorter !') » Elle culpabilisait de ses IVG et se déchargeait sur la psychanalyste en lui donnant le dossier qui en portait la preuve : « Les parents étaient venus me voir en fait, pour se débarrasser du compte-rendu d'hospitalisation et plus particulièrement de ce qui était recouvert par le blanc [effaceur] : la faute morale de la mère. En effet, ils ne viendront pas au rendez-vous suivant et je ne les reverrai plus jamais par la suite. »

Pour l'auteur, Nouria définissait comme un moment de paradis son isolement familial qui correspondait à un mécanisme de défense archaïque contre les carences environnementales de son enfance, et qui aggravait la gélation de son individuation et de son accès à la différence des sexes : « *Le processus de maturation de la psyché ne suffit pas à lui seul, pour que l'infans parvienne à devenir un individu. Encore faut-il un environnement qui facilite cette individuation. Ce gel ne le permet pas.* »

Nouria était traitée pour une psychose : « *En fait, elle a fait une psychose puerpérale, dont personne ne s'est aperçu, tout le monde s'occupant de Sarah [...] et non d'elle.* » Elle ne reconnaissait pas les besoins du bébé, elle n'acceptait pas ce bébé : « *Elle est psychiquement sourde aux besoins de sa fille et elle ne peut même pas accepter qu'elle puisse avoir des besoins. [...] Sarah est de trop.* » Elle était violentée par son bébé à cause de son propre déséquilibre identitaire causé par l'absence de son propre père et la discordance entre ses propres parents : « *Lorsque le conflit oedipien est mal élaboré chez la mère, s'installe dans la famille un mode de relations fait d'exigences maternelles surmoïques auxquelles l'enfant ne peut répondre : il est de toute façon récusé comme insuffisant. Ces mères sont gravement agressées par leur bébé qui ne peut être investi que comme une terrible catastrophe.* » De plus, Nouria se sentait attaquée par son bébé à cause de son statut féminin responsable de tous ses malheurs : « *L'être féminin est déjà une tare dès la naissance, une 'faute', que l'enfant doit expier à travers les propos et gestes agressifs dont il est l'objet. Il est l'«objet» de la honte, transmise d'une génération à l'autre, le morceau de chair immonde, dont il faut se débarrasser au plus vite.* »

Par ses maternités, et en raison de son non-accès à la différence des sexes, Nouria réactivait sa passivité agressive ; passivité dans l'attente désespérée d'être aimée de sa mère, « *[...] assimilée au 'devoir' de l'enfant envers sa propre mère, dette morale par la reconnaissance de laquelle il espère toujours se faire 'aimer', espoir perpétuellement déçu* », agressivité née de la souffrance infligée par sa mère qui jouissait « *[...] de pouvoir, enfin, faire souffrir l'autre, l'infans, celui qui ne parle pas et ne peut rien en dire [...]* ». A cause de la réminiscence de cette souffrance, Nouria n'avait aucune empathie envers son bébé : « *C'est peu dire que ces femmes n'ont pas accès aux sentiments maternels. Elles ont une haine tenace pour celui qui les a éjectées du paradis de leur 'gélation', qui rend possible le dégel et, avec lui, toute la souffrance qu'elles avaient pensé pouvoir fuir.* » Nouria reproduisait inconsciemment une persécution maternelle primaire transmise de génération en génération : « *Ces mères ne voient d'autre continuité avec l'enfant que celle de l'expiation, de la répétition qu'elles infligent sans même faire la relation avec leur propre vécu d'enfant.* »

Commentaire du vécu de Nouria

« Culpabilité d'IVG répétées et psychose puerpérale : culpabilité d'un non-désir d'enfant et carences environnementales de l'enfance »

A cause de ses deux IVG, Nouria se sent coupable d'une faute morale, elle les garde secrètes et se débarrasse implicitement de leur preuve au cours de l'entretien psychanalytique. Après son troisième accouchement, elle voit des signes, dont certains la culpabilisent de ses IVG et de son non-désir conscient d'enfant. Elle vit sa troisième maternité comme un cauchemar, elle est agressive envers son bébé, ne répond pas à ses besoins et souhaite sa mort. Elle est traitée pour une psychose puerpérale.

La psychose de Nouria révèle une absence de sentiment maternel qui a pour origine la passivité agressive de son enfance réactivée par sa troisième et dernière-née. Cette crise psychotique témoigne de la répétition d'une persécution maternelle primaire transmise de génération en génération, basée sur sa honte du statut féminin, sur sa construction identitaire perturbée par les carences environnementales de son enfance, la gélation de son individuation et de son accès à la différence des sexes : Le bébé est alors jugé insuffisant par sa mère, objet de honte et responsable de ses malheurs.

3.4.17 Synthèse du document n° 17 : Madame P. (30)

« *Psychothérapie d'une maman trop attentionnée : un syndrome de Münchhausen par procuration* »

Madame P. vivait en France avec son mari et ses deux fils. Mère au foyer, elle avait une formation de secrétaire tandis que son mari était militaire. Suite à ses révélations d'inceste subie dans l'enfance, elle acceptait une prise en charge demandée et assurée par la pédopsychiatre de son fils cadet Adrien, cinq ans et demi, suivi depuis deux ans pour encoprésie. Quelques mois avant le début de la psychothérapie, suite à un « *oubli de contraception* », Madame P. avait réalisé une IVG sur décision mutuelle avec son mari, pour pouvoir accompagner sa sœur malade dont ils venaient d'apprendre qu'elle était mourante. Environ trois ans après, alors que la psychothérapie se poursuivait, elle avait réalisé quatre IVG, secondaires à des grossesses provoquées dans le but d'être interrompues.

Madame P. avait raconté son enfance marquée par les violences, les vols, les multiples examens génitaux que lui avait imposés sa mère, ces derniers pour vérifier l'absence de signes de masturbation, interdit maternel que Madame P. transgressait. Elle avait été victime d'inceste par son grand-père. Elle avait aussi évoqué les relations conflictuelles de ses parents, ses automutilations génitales, son mariage avec l'ancien ami de sa sœur, et ses idées obsessionnelles sexuelles. Elle avait dépeint sa deuxième grossesse comme non désirée mais réalisée pour sa mère et son mari qui voulaient une fille. Cette grossesse a été vécue comme une réussite « *là où sa sœur échoue [par une fausse-couche]* », puis elle a fait l'objet de tentatives d'avortement par masturbations traumatiques. Madame P. avait également décrit un comportement maltraitant envers ses deux fils.

Au début de la psychothérapie, Madame P. exprimait d'abord une grande culpabilité envers sa sœur mourante. Puis, elle évoquait sa soumission aux désirs de son fils cadet : « *Madame [...] le laissait tout décider : son régime (trois biberons lactés, plus des sucreries), ses heures de sommeil, ses activités...* » Elle abordait ensuite dans les pleurs l'inceste de son enfance : « *C'est alors qu'elle évoqua devant moi avoir subi des attouchements de la part de son grand-père maternel pendant une grande partie de son enfance : c'était la première fois qu'elle en parlait à quelqu'un.* »

Au cours du suivi, Madame P. avouait simuler la constipation d'Adrien auprès du médecin. Elle exprimait le besoin de faire des lavements à Adrien pour pouvoir le dominer et lui faire subir ce qu'elle avait souffert tout en lui espérant une « *[...] meilleure enfance [...]* ».

Elle tenait son fils responsable de ce qu'elle était : « *J'espère un jour pardonner à Adrien ce qu'il m'a fait devenir.* » De plus, elle provoquait l'entorse de cheville de son fils par une chute dans les escaliers, et sa déshydratation sévère par une privation de boisson suite à une gastro-entérite. Elle racontait marcher avec lui sur la balustrade du balcon au dixième étage, mais aussi lui faire avaler un médicament pour le protéger de son désir à elle de le masturber : « *elle lui fait prendre sous l'appellation de 'vitamine' un comprimé d'un antidépresseur [...]. Elle me téléphone immédiatement après [...].* »

Madame P. souffrait de masturbations compulsives, exprimait des idées suicidaires et culpabilisait de ses fréquents fantasmes sexuels. Dans l'un d'eux, « *elle subit un viol, donc doit faire une IVG, puis elle a un cancer utérin. Les médecins et sa mère se penchent sur elle. Elle meurt* ». Par ailleurs, elle disait ne jamais prendre sa pilule contraceptive et déclencher des conceptions dans le but délibéré de réaliser des IVG : « *Ces passages à l'acte maltraitants [...] alternèrent avec quatre IVG, à la suite de conceptions volontairement provoquées.* »

Madame P. désirait maîtriser son corps qu'elle n'acceptait pas : « *je n'aime pas mon corps, je ne supporte pas qu'on s'en occupe directement, je veux que ce soit par l'intermédiaire d'un bébé* ». Elle exprimait également un sentiment de terreur et de rage provoqué par un vide intérieur, notamment lié à son fils cadet qui grandissait et devenait autonome : « *Quand Adrien est là, tout reprend sa place à l'intérieur de mon corps* ».

Madame P. se sentait habitée par sa mère : « *Les pensées de ma mère sont tellement ancrées en moi, que je ne peux pas faire la différence entre elle et moi.* » Elle en attendait un amour légitime après la mort de sa sœur : « *J'ai tant espéré recevoir l'amour de ma mère après le décès d'Hélène. Cela me revenait de droit. Après trois ans, tout est fini de mes espoirs.* » Elle éprouvait le besoin de culpabiliser pour aider sa mère : « *Si je vais mieux, si je me sens moins coupable, cela l'accuse, je la trahis. Je fais alors un acte mauvais pour pouvoir m'accuser, me faire accuser, souffrir, et la sauver.* » Elle refusait des relations sexuelles avec son mari car « *il penserait que tout va bien, et 'donc', se détournerait d'elle.* » Madame P. se considérait comme une mauvaise mère, « *[...] voyant Adrien grandir, s'autonomiser, me rappelant chaque jour qui passe mon échec de mère* ».

Selon l'auteur, Madame P. souffrait d'un syndrome de Münchhausen par procuration, forme rare de maltraitance de l'enfant, double ou simple : « *[...] on pourrait considérer son comportement comme un syndrome de Münchhausen 'simple': elle provoquait sciemment des conceptions pour avoir des IVG et exhibait un comportement de folie pour conserver des soins de la part d'un psychiatre [...].* » Elle voulait protéger la vie de son fils, elle

culpabilisait et avouait systématiquement aux soignants ses passages à l'acte maltraitants : « *En effet, rendre son fils malade est rapidement passé au second plan par rapport à son objectif premier : 'Je veux qu'on SACHE... ... que je suis COUPABLE... de faire subir à mon enfant... ... donc d'avoir subi, enfant...'.* » Elle utilisait son fils et ses fœtus pour attirer l'attention des médecins, du juge ou de sa mère sur elle : « [...] elle cherchait à se montrer délinquante pour attirer l'attention du juge utilisant [...] une de ses 'productions', enfant né ou à naître ». « *La mère donne procuration à son enfant pour être malade et 'soigné' à sa place* ». Madame ne pouvait pas envisager la maternité au-delà de soins physiques pour le bébé, elle vivait un clivage psychique entre son état de mère en détresse et celui de mère dangereuse : « *La véhémence de son appel au secours pour protéger son enfant, la prise de conscience [par l'auteur] de ce clivage absolu qui lui fait oublier que cette mère follement dangereuse, c'est elle-même, dessillent enfin mon esprit.* »

Madame P. avait des obsessions sexuelles, et la phobie des mots évoquant le corps et la sexualité : « *Ses relations à son corps étaient marquées par ces abus précoce*s. » Elle considérait son fils cadet comme une partie de son corps : « *Il lui semblait évident, puisqu'Adrien était elle, qu'il devait d'abord être réellement malade et violenté.* » Elle le détestait : « [...] Adrien était la partie haïe d'elle-même, représentant en même temps sa mère et son grand-père abuseur, son premier persécuteur [...]. » S'identifiant à l'agresseur, elle le soumettait à ses désirs : « *Elle lui demande d'être son 'complément narcissique', totalement soumis à ses désirs, comme elle l'était à ceux de sa mère.* » Devenu victime, elle s'identifiait alors à lui et le protégeait « [...] pour pouvoir réparer son enfance à elle ».

Madame P. culpabilisait de son enfance : « [...] de manière très culpabilisée et très fugace, elle [pleurait] sur la petite fille qu'elle avait été. ». Elle était jalouse de sa sœur et en culpabilisait également : « *sa culpabilité vis-à-vis de sa sœur était majorée par [...] le plaisir qu'elle avait ressenti lors de sa maladie, enfin Hélène allait 'rater' quelque chose !* » Elle utilisait son fils et ses fœtus pour se faire pardonner : « *D'une manière très archaïque, elle pense qu'Hélène réclame un sacrifice humain. Pour 'payer sa dette', elle va lui offrir des morceaux d'elle-même (Adrien et des fœtus) en holocauste pour l'apaiser.* » De plus, Madame P. voulait faire preuve d'une loyauté inébranlable envers sa mère par le biais de la culpabilité : « [...] confondant cause et conséquence, sentiments et actes commis, il lui faut maintenir un haut taux de culpabilité réelle. » Enfin, elle doutait de l'amour de son mari : « *Cela augmente son mépris et son désir de jouer avec ses limites à lui, pour vérifier, encore et encore, s'il tient vraiment à elle.* » Elle attirait son attention par l'intermédiaire de son fils

et ses fœtus, elle réalisait « [...] les actes secrets de rétorsion contre les ‘biens’ de son mari (son fils, ses fœtus, sa femme ou son argent). »

Madame P. tentait de maintenir son équilibre psychique au prix d'une angoisse relationnelle permanente avec sa mère, son fils, son mari, ses thérapeutes et le juge. Et lorsqu'elle devenait plus maltraitante, « [...] nous recherchions ensemble une baisse de tension, un vide dans sa vie (par exemple, l'annonce par un des pédopsychiatres que le signalement au procureur avait été classé) [...] ». Elle avait un comportement masochiste, elle était dans un état de perversion narcissique, « [...] fruit et racine de l'inceste [...] » : « elle en avait l'incapacité affective et l'intelligence dans l'emprise, le déni des différences, des limites et des lois, l'érotisation de la peur et du secret, la jouissance au détriment de l'autre, l'alternance de maîtrise et de soumission qui tiennent lieu de tendresse et d'intimité, impossibles. » Elle sortait lentement de la relation perverse avec son fils à l'aide de la psychothérapie.

Commentaire de Madame P.

« IVG préméditées et syndrome de Münchhausen, ou une perversion narcissique d'origine incestueuse »

Madame P. prémédite ses quatre dernières conceptions pour avoir des IVG, la première ayant été décidée avec son mari. Leur but est de réaliser un sacrifice pour sa sœur décédée en réparation de la jalousie qu'elle a eue envers elle, d'attirer l'attention de son mari sur ses fœtus et donc sur elle parce qu'elle doute de son amour. Cette violence lui permet également de maintenir sa culpabilité pour rester loyale à sa mère dont elle espère recevoir de l'affection. Elle provoque aussi des passages à l'acte maltraitants sur son fils.

L'aveu de ces actes attire l'attention sur elle et révèle son désir de faire connaître ce qu'elle a subi enfant pour être aidée. Elle souffre d'un syndrome de Münchhausen.

Elle vit dans un état de perversion narcissique, fruit et racine de l'inceste, autorisant seulement la maîtrise ou la soumission, générant un masochisme, une incapacité affective, sans reconnaître les différences, les lois, autrui. Son équilibre psychique est assuré au prix d'une angoisse entretenue avec son entourage.

3.4.18 Synthèse du document n° 18 : Madame A. (31)(32)

« Deuil périnatal : Transmission intergénérationnelle »

Madame A. avait 55 ans et vivait avec son mari. Elle avait une fille et plusieurs petits-enfants. Elle consultait son gynécologue en raison de bouffées de chaleur. Elle avait réalisé une IVG il y a 28 ans, sur la décision de son mari qui « *l'a obligée à se faire avorter de sa seconde grossesse parce qu'il ne voulait pas d'un second enfant* ».

Madame A. exprimait son incompréhension d'être interdite par son gendre de revoir à tout jamais sa fille : « *Est-ce que vous trouvez normal, Docteur, que je ne puisse pas rendre visite à ma fille et à mes petits enfants et ce, depuis la naissance de son premier fils ?* » Elle tergiversait avant de raconter l'origine de ce rejet : « *Avec beaucoup d'hésitations, elle raconte [...]* » :

En apprenant l'accouchement de sa fille, Madame A. s'était empressée de lui rendre visite et de s'approprier le bébé : « *Dès son entrée dans la chambre, elle se précipite vers le berceau, s'empare du bébé en s'écriant : 'Mon enfant !'* » Elle s'était ensuite effondrée en se séparant du nouveau-né : « *Son beau-fils la regarde un moment interloqué puis il se lève pour reprendre l'enfant. Mme A. lui résiste un moment puis finit par s'écrouler en pleurs.* » Elle s'était aussi appropriée secrètement cette grossesse : « *A l'occasion d'une autre consultation, Mme A. raconte qu'elle a vécu chaque étape de la grossesse de sa fille comme si c'était la sienne, allant même jusqu'à préparer en cachette des affaires pour son bébé.* »

Madame A. révélait ensuite son IVG.

Selon l'auteur, Madame A. vivait l'IVG comme une perte : « *Interrogée sur l'éventualité d'une perte, elle confie que son mari l'a obligée à se faire avorter de sa seconde grossesse parce qu'il ne voulait pas d'un second enfant.* » Elle était en deuil périnatal : « *Par deuils périnataux, il faut entendre tous ceux qui résultent des pertes qui font suite à un diagnostic de grossesse qui a enclenché le processus du devenir mère ou du devenir père.* » Elle vivait un deuil prolongé au point de le transmettre sur un mode transgénérationnel : « *Il ne sera question ici que de la transmission aux générations suivantes de deuils périnataux insuffisamment résolus.* »

Madame A. transmettait et manifestait son deuil à travers le syndrome de l'enfant de remplacement. « *Cela ne veut pas dire que tous les enfants nés après la mort d'un frère ou d'une sœur sont des enfants de remplacement.* » Elle projetait ses représentations de l'enfant

perdu sur son petit-fils : « [...] le comportement de Mme A. [...] montre l'extrême vivacité que les représentations d'une mère endeuillée peuvent avoir de son enfant et la puissance que leur projection peut exercer sur l'enfant suivant ou un enfant de la troisième génération. » Cela provoquait alors une rupture des relations affectives intergénérationnelles.

Commentaire du vécu de Madame A.

« Syndrome de l'enfant de remplacement et rupture familiale suite à une IVG forcée et vécue comme un deuil périnatal transgénérationnel »

Madame A. s'est appropriée la grossesse de sa fille. Après l'accouchement de celle-ci, elle s'est emparée de ce premier petit-fils en le désignant comme son enfant, provoquant une réaction de rejet de son gendre et une rupture de leurs relations. Elle ne comprend pas l'attitude de son gendre, et elle raconte cette histoire après beaucoup d'hésitations. Puis elle révèle son IVG réalisée il y a 28 ans sur l'obligation de son mari.

Cette IVG est vécue comme une perte, responsable d'un deuil périnatal inachevé, transmis sur le mode transgénérationnel sous la forme d'un syndrome de l'enfant de remplacement.

3.4.19 Synthèse du document n° 19 : Madame B. (33)

« La mélancolie résiste bien à l'épreuve du temps »

Madame B. vivait en France avec son mari. Elle avait quatre enfants. Elle était suivie et fréquemment hospitalisée en psychiatrie depuis cinq ans en raison d'une mélancolie diagnostiquée suite au suicide de sa belle-sœur. Elle avait réalisé une IVG « *il y a bien longtemps* ».

Elle avait raconté qu'elle était fille unique et qu'elle avait été élevée par sa grand-mère maternelle décédée vers ses 5 ans.

Madame B. voulait que son couple ressemblât à celui de ses parents, « *[...] son objectif étant bien sûr de réaliser avec son mari un couple uni [...] ‘comme ses parents’* ». Elle exprimait « *[...] qu’elle étouffait son mari [...]* ». Puis, elle découvrait que son mari la trompait. Elle se confiait alors beaucoup à sa belle-sœur. Elle parlait d'elle en disant : « *Je l’aimais [...]* ». Après le suicide de celle-ci, Madame B. avait le sentiment d'être morte, enterrée et elle déclarait : « *C'est mort en moi. Mon corps est mort du bas, le bassin, les jambes.* » Elle formula aussi cette expression énigmatique : *‘Je suis une morte vivante, un être posthume’*. » Elle souffrait de solitude et d'abandon.

Madame B. se sentait exclue par ses parents qui formaient un couple très uni, et elle éprouvait de l'aversion envers eux : « *Elle dit avoir vécu dès lors [le décès de sa grand-mère] dans la haine de ses parents jusqu'à son mariage. Haine qui l'habite encore aujourd'hui de manière puissante et qui se déchaîne lorsqu'elle rencontre ses parents à domicile.* » Elle ajoutait : « *Je hais les gens dont j'ai besoin.* »

Madame B. désirait rejoindre sa belle-sœur dans la mort : « *La patiente passe son temps alitée [...], ‘ça me rapproche d’elle, je pense à elle’.* » Elle se jugeait criminelle et réclamait une sentence de mort : « *Mme B. se décrit comme un déchet, une criminelle ayant fait il y a bien longtemps quelque chose d’horrible. Ce crime bien ancien, c'est une interruption volontaire de grossesse. Elle ne mérite désormais que la mort à laquelle elle aspire.* » Elle désirait mourir et avait fait plusieurs tentatives de suicide : « *Elle évoque néanmoins son suicide de manière crue à chaque entretien depuis des années. On l'a retrouvée à plusieurs reprises avec des objets de strangulation autour du cou.* » De plus, elle se sentait envahie, habitée et hantée par sa belle-sœur : « *Elle la voit qui l'appelle à la rejoindre.* » Elle avait son cadavre en elle : « *[...] la patiente dit qu'il est là, en elle, Mme B. se dit pourrie de l'intérieur.* » Elle se considérait comme une ordure : « *On l'a sans doute trouvée dans une*

poubelle à la naissance, elle n'est de toute façon qu'un déchet et ne peut donc occuper aucune place pour l'autre. »

Selon l'auteur, Madame B. définissait l'union de ses parents telle qu'une « [...] entité singulière, une bulle, une vacuole ». Elle avait vécu heureuse durant les premières années de son mariage voulant et formant un couple fusionnel avec son mari. Puis en raison du comportement de ce dernier, elle se tournait vers sa belle-sœur : « *L'éloignement, le décollage du lien au mari, entraîne une aventure que l'on peut qualifier rétrospectivement d'amoureuse avec cette belle-sœur.* » Elle souffrait de mélancolie délirante chronique décelée après le suicide de celle-ci : « [...] l'aspiration mélancolique, la chute inexorable [...] aboutit à l'état catastrophique de la cristallisation. »

En effet, Madame B. manifestait un syndrome de Cotard comme le montraient ses idées délirantes : Elle se trouvait dans un état de l'entre-deux-morts : « *La croyance délirante et fréquente d'être déjà mort en représente un autre aspect.* » Elle évoquait sa non-appartenance au monde et la transformation de ses organes sur le thème de la pourriture : « *Il y a le monde, un bloc, bloc comme celui que forment ses parents, et elle, face à ce monde mais ne participant en rien à lui, sauf à en être le déchet.* » Elle témoignait ainsi d'une pulsion de mort, d'une haine existant depuis l'enfance et se traduisant jusqu'en des idées suicidaires : « *On a l'impression que ce qui évite à Mme B. de passer pour l'instant à l'acte suicidaire, c'est qu'une partie de cette haine arrive encore à se déverser à l'extérieur envers ses proches et l'équipe de soin.* » Elle avait des idées de damnation liées à des crimes imaginaires, liés à « [...] l'autoaccusation criminelle en rapport avec l'IVG [...] ».

Madame B. vivait un processus d'incorporation du corps de sa belle-sœur à l'intérieur de son corps, « *incorporation permettant de justesse d'éviter, non le manque, mais le vide, la disparition de l'autre risquant d'entrainer sa propre disparition* ». Elle avait ce désir de fusionner avec elle : « *Comme ses parents ne faisaient qu'un, toujours agrippés l'un à l'autre, et comme elle ne souhaitait faire qu'un avec le mari, ainsi elle ne souhaite faire qu'un avec cette morte.* » Par cette incorporation, elle se définissait comme un être posthume, « [...] nouvel être de l'entre-deux, entre la mort biologique et la mort psychique ». Elle restait alors dans un deuil impossible, elle avait une anorexie sévère et elle régressait : « *Sous l'effet de l'incorporation et de l'identification massive du moi à l'objet, la régression, chez Mme B., est profonde et ne lui permet plus d'investir le monde.* »

Par son identification à sa belle-sœur morte, Madame B. montrait sa difficulté à se séparer de l'objet « [...] qui la représente dans le désir de l'Autre ». Elle reproduisait alors un

vécu d'abandon : « *Objet a chez Lacan, dont elle n'arrive pas à se séparer et qui la fixe durablement dans cette répétition de vécu de lâchage abandonnique.* »

Selon l'auteur, Madame B. faisait peut-être un lien entre le thème de l'auto-accusation de crime et celui de l'ordure et de la pourriture : « *Bien que je n'aie jamais repéré de lien associatif entre ces deux thématiques, il n'est pas impossible qu'il existe un rapport entre l'autoaccusation criminelle en rapport avec l'IVG et cette thématique de poubelle, de déchet.* »

Commentaire du vécu de Madame B

« Réminiscence de l'IVG à travers les symptômes d'une mélancolie délirante chronique »

Madame B. a le sentiment délirant non pas d'appartenir au monde mais d'en être son déchet, trouvée dans une poubelle à la naissance. Elle a des idées de damnation liées à l'auto-accusation de crimes imaginaires en rapport avec son IVG réalisée il y a bien longtemps. Elle souffre d'une mélancolie délirante chronique avec un syndrome de Cotard et un phénomène d'incorporation.

Elle a une difficulté à se séparer de l'objet qui la représente dans le désir de l'Autre, ce qui entretient un vécu d'abandon existant depuis son enfance. Par ailleurs, il existe peut-être un lien entre le thème de crime d'IVG et celui de déchet.

3.4.20 Synthèse du document n° 20 : une jeune femme (34)

« *Désaccord* »

Le document concernait une jeune femme de 30 ans, vivant en France avec son conjoint qu'elle connaissait depuis un an. Elle n'avait pas d'enfant et ses parents étaient croyants catholiques. Elle avait fait de bonnes études et travaillait comme cadre dans une banque. Elle débutait une psychanalyse en raison de malaises à répétition et d'une dépression. Elle avait raconté son choix de se séparer du compagnon qu'elle connaissait depuis onze ans, et « *qu'elle aimait aussi, mais 'comme un frère'* », pour son conjoint actuel. Avec celui-ci, elle avait réalisé une IVG neuf mois auparavant, « *un avortement voulu, choisi, en total accord avec son partenaire* », car « *c'était une évidence, c'était trop tôt : 'on ne pouvait pas prendre le risque de mettre au monde un enfant dont les parents ne seraient pas restés ensemble'* ».

La jeune femme souhaitait poursuivre un traitement antidépresseur pourtant inefficace. Elle ressentait en effet un mal-être caractérisé par une tristesse, des idées suicidaires, une anhedonie, une perte de libido et des malaises répétés : « *Elle continue de perdre connaissance dans les transports et d'être triste, sans force, sans appétit, sans goût.* » Elle évoquait sa mère et son travail : « *Sa mère, dit-elle, pense qu'elle devrait changer de travail : elle parle donc de sa mère et de son travail où elle s'ennuie.* »

« *Si elle va mal, curieusement dans sa vie tout va bien, tout réussit.* » En effet, elle racontait ses études, « *[...] de bonnes études selon son choix [...]* », les nombreux avantages latéraux de son travail, l'accès facile à sa province par le TGV depuis Paris où elle avait choisi d'habiter, l'amour envers son nouveau compagnon avec qui elle choisissait une vie sexuelle différente, plus érotique, leur achat d'un appartement « *qu'ils ont choisi ensemble* ». « *J'ai choisi, disait notre patiente [...].* » Par ailleurs, elle considérait l'achat immobilier comme une confirmation de leur engagement réciproque.

De plus, la jeune femme ne regrettait pas d'avoir quitté son ancien ami pour un autre, mais elle est se sentait coupable : « *Elle ne le regrette pas, mais se sent coupable de trahison car elle a choisi avec son partenaire actuel une vie sexuelle, une emprise érotique qu'elle n'avait jamais connues auparavant et qui semblent aujourd'hui disparues.* » Elle évoquait sa tristesse d'avoir perdu son ancienne belle-famille et prenait conscience de cette perte : « *Elle découvre avec tristesse et étonnement une perte à laquelle elle n'avait pas pensé.* » Elle manifestait aussi le besoin de voir sa famille et sa région natale : « *Sa famille, ses frères, sa province lui manquent aussi, bien que ce soit elle qui ait choisi de venir vivre à Paris [...].* »

La jeune femme précisait qu'elle désirait un enfant comme son conjoint : « [...] elle sait, depuis qu'elle a 3 ans, qu'elle a le fantasme d'avoir un bébé' et elle évoque avec plaisir son petit frère qui fut son 'premier bébé'. » Elle constatait une similitude entre ses malaises et ceux de sa mère : « 'tomber dans les pommes' est aussi un symptôme de sa mère, remarque-t-elle très vite. » Elle notait aussi qu'elle buvait un peu trop de vin le soir avec son ami au retour du travail : « Cette pente d'alcoolisation l'inquiète sans qu'elle puisse associer d'aucune façon. » Elle cherchait à développer sa réflexion grâce à la psychanalyse : « [...] de chaque séance, elle dit repartir avec un mot qui lui permet de penser et c'est pourquoi elle revient ».

Elle datait ensuite le début de ses symptômes sans pouvoir les relier à un évènement : « Elle remarque que l'apparition de ses symptômes est précisément datée : en septembre, au neuvième mois de l'année. » Elle insistait sur la possibilité d'avoir, par son travail, sept mois et demi de congé maternité à plein salaire, considérant aussi que sa santé actuelle était incompatible avec une grossesse. « La semaine suivante, elle rapporte que le mot maternité lui a rappelé qu'elle avait oublié de dire qu'en janvier passé, elle a fait un avortement. » Elle avait gardé l'IVG secrète pour son entourage, « [...] non pas parce qu'elle considérait que c'était son affaire intime, mais parce qu'ils en auraient été choqués. »

Selon l'auteur, cette jeune femme racontait ses choix, décisions raisonnables et sans échec : « Le mot choix revient souvent dans son discours. Ce sont toujours des choix qu'elle endosse en son nom propre, et qui ne peuvent pas être discutés, tant ils lui paraissent évidents. » Ainsi, elle décrivait ses biens (travail, copain, appartement...) tout en réalisant soudain l'éventualité de perdre quelque chose en choisissant : « En parlant, elle découvre avec surprise la perte qui accompagne ses choix, perte qu'elle n'avait pas soupçonnée ou imaginée, comme si elle émergeait d'un monde ignorant la possibilité de la perte. »

La jeune femme avait des propos non pas tant ordinaires que dépressifs, bien que marqués par l'absence d'évènements douloureux : « Dans son histoire, on cherche vainement des événements traumatisiques, des chagrins ou des ratages : il n'y a pas eu de situations douloureuses ou traumatisantes à première vue. Je dis bien à première vue. » En effet, la patiente avait une difficulté à exprimer son vécu et demandait des mots pour penser, élaborer, associer : « [...] son discours [...] se caractérise [...] par la difficulté à nommer, à reconnaître les contradictions, les oppositions, les tensions qui sous-tendent ses choix. »

D'après l'auteur, la jeune femme avait donné un conscient accord pour son IVG par conformité à l'évidence commune et à la loi sociale du droit à l'avortement : « Elle fut

d'accord, pleinement d'accord, pour avorter au nom du ‘trop tôt’ et au nom du bien de l'enfant imaginaire. » Elle était très surprise de découvrir la concordance des dates entre le début de ses symptômes et la date de naissance présumée de l'enfant non advenu. Par cette coïncidence, elle prenait conscience du lien entre ses symptômes, son opposition à son choix d'IVG et sa méconnaissance de la perte engendrée par ce choix : « *Elle ne savait pas qu'elle était à ce point en ‘désaccord’ (c'est son mot) avec son acte, ni qu'elle avait choisi une perte douloreuse.* » Elle ne reconnaissait pas sa loi morale interne enfouie jusqu'alors sous la loi sociale : « *Notre hypothèse [...] est que la méconnaissance porte sur sa loi propre, sur la loi morale interne qui est la sienne [...] qui pourrait s'énoncer ainsi : dans ma famille, on n'avorte pas ; on ne quitte pas un homme pour jouir sexuellement avec un autre* », mais aussi « [...] ‘ne pas se servir d'un enfant pour forcer le mariage ou la conjugalité’ relève aussi pour elle d'une loi morale. »

Par le travail analytique, elle prenait donc conscience de sa loi interne, et elle problématisait son choix passé d'IVG : « *L'énonciation juste aurait précédé un choix qui, de toute façon, impliquait une perte : renoncer à la grossesse (le désir d'enfant restant toujours aussi vif) ou renoncer à une part de jouissance avec son partenaire en devenant effectivement mère, comme sa mère.* » Elle prenait alors conscience de la perte engendrée par la transgression de l'interdit d'IVG, du renoncement au désir d'enfant, prix à payer pour accéder à la jouissance : « *En effet, que vaut alors une vie qui privilégie les biens immédiats, les jouissances directes, qui ne prend plus, ni le risque de l'engagement symbolique, ni celui de trouver de l'intérêt dans le travail [...] ? Quelles jouissances désarticulées du désir viennent alors s'imposer ? [...] Jouissance de l'ennui, de l'immobilité, de la tristesse ?* » Elle prenait conscience de son désaccord avec cette perte.

Par la dépression, la patiente manifestait donc le non accomplissement de son désir d'enfant, mais aussi son désaccord secondaire à un choix et à une perte n'ayant pas été problématisés : « *Le désaccord, dont je fais l'hypothèse, porte, lui, sur les renoncements au désir [...] au nom de l'évidence commune : la dépression étant alors à lire comme l'écran qui masque un questionnement implicite, en attente d'élaboration et de complexification.* » L'auteur faisait l'hypothèse que la patiente déprimait aussi en raison du non accomplissement de son désir inconscient de mariage, et cela malgré son choix de transgresser l'interdit d'IVG pour accéder au désir d'être la femme d'un homme. « *Pourquoi devrait-elle alors payer le prix d'une dépression ? Peut-être parce qu'il n'y a pas eu de reconnaissance symbolique de ce passage et que la seule validation de son engagement amoureux érotique a été un acte de propriété.* »

La jeune femme se trouvait prise dans un antagonisme entre désir et jouissance, entre loi interne et doxa : « *La dépression, avec ‘les pertes de connaissance’, met en scène une sorte d’abandon de l’existence, d’évanouissement du sujet, au profit d’une jouissance délivrée des embarras et de l’incertitude du désir.* » Son état psychique trouvait son origine dans la disparition des interdits, l’influence de la doxa et la croyance au libre-arbitre : « *J’ai choisi, disait notre patiente, posant la question de la croyance [...] en l’autonomie de ses choix et c’est sur cette croyance que la dépression se fonde et se déploie.* » Finalement, la patiente exprimait ses affects et guérissait : « *Elle sortit de son état dépressif en passant par deux affects, la colère et le chagrin, et en abordant la question : ‘Qu’est-ce qu’une femme pour un homme ?’* »

Commentaire du vécu d’une jeune femme

« Lorsque l’accompagnement psychologique permet de faire le lien entre IVG choisie, dépression et désaccord avec ce choix »

Cette jeune femme a un syndrome dépressif, des malaises répétés dans les transports, une tendance à l’alcoolisation qui l’inquiète, et elle décrit son désir d’enfant commun à son conjoint mais incompatible avec son état de santé actuel. Progressivement, elle prend conscience des pertes qui ont accompagné ses choix, elle date le début de l’apparition de ses symptômes, puis révèle son IVG gardée secrète pour ne pas choquer son entourage. Elle est surprise de découvrir la coïncidence entre la date de naissance présumée de l’enfant non advenu et le début de ses symptômes.

La dépression de la jeune femme révèle le non accomplissement de son désir conscient d’enfant et de son désir inconscient de mariage, et manifeste son désaccord avec son choix d’IVG et la perte qui s’y associe. Ce désaccord est secondaire à un manque de problématisation du choix, c’est-à-dire à l’absence de prise de conscience de sa loi morale interne, de la perte qui accompagne chaque choix, d’une mise en tension entre loi interne et doxa, désir et jouissance, jouissance convenable et pas convenable.

3.4.21 Synthèse du document n° 21 : une jeune femme (35)

« Pourquoi une femme se met-elle à boire ? »

Le document concernait une jeune femme, vivant en France, étudiante en fin de cursus, qui avait un suivi psychiatrique ou psychanalytique. Elle avait réalisé une IVG à l'âge de 18 ans car « *il fallait bien ! Nous étions trop jeunes et lui n'en voulait pas.* »

La patiente avait des alcoolisations massives et ponctuelles : « *Savez-vous ce que j'ai fait hier soir ? [...] Voilà ! J'ai acheté une bouteille de vin et je l'ai bue cul sec. J'étais ivre morte. Ça m'arrive de temps en temps.* » Elle demandait l'avis du psychiatre : « *Qu'en pensez-vous ?* » Elle s'emportait parce que celui-ci supposait un lien entre son comportement et un éventuel avortement : « *Mais quel rapport ? Vous êtes complètement idiot !* » Puis elle révélait son IVG, son motif, et son souvenir constant : « *Seulement au bout de quelques minutes, j'obtins la réponse : 'Oui, j'ai avorté. J'avais 18 ans. Il fallait bien ! Nous étions trop jeunes et lui n'en voulait pas. Ça ne m'empêche pas d'y penser'.* »

Pour l'auteur, la patiente avouait ses alcoolisations avec ironie : « *À l'une des séances, elle me regarda avec un sourire narquois [...] Pendant quelques instants, elle joua au petit jeu 'dira, dira pas' avant de me mettre dans la confidence, dans une sorte de défi.* » Elle se fâchait à l'hypothèse d'un possible antécédent d'IVG : « *'Quand a eu lieu votre avortement ?' Ma question, cette fois, provoqua un bel orage.* » La jeune femme manifestait ainsi sa difficulté à parler d'une souffrance secondaire à l'avortement, que la société n'acceptait pas, qu'elle ne reconnaissait pas elle-même et qu'elle tentait d'oublier dans l'alcool : « *L'avortement avait laissé une douloureuse cicatrice qu'il n'était pas 'politiquement correct' d'avouer, qui n'était même pas reconnue par le sujet, mais qu'il fallait noyer dans le vin.* »

D'après l'auteur, la patiente s'alcoolisait à cause d'une IVG ayant été forcée par son conjoint, celui qu'elle se figurait comme père : « *Cet alcoolisme féminin apparaît donc lié aux avatars du désir de maternité, essentiellement à l'avortement, avortement non désiré, imposé moralement ou concrètement par un homme en qui sa compagne avait placé sa foi, c'est-à-dire occupant une place symbolique de père.* » Et l'auteur se référait à Lacan : « *La fonction féminine [...] la procréation, la maternité, porte en elle, au-delà de la biologie, une 'fonction symbolique essentielle'.* » Finalement, la patiente buvait en raison d'une atteinte portée à sa féminité : « *Pour aller vite, je soutiens que c'est la profanation de cette fonction symbolique*

essentielle qui fait basculer une femme dans ce qui apparaît comme un suicide alcoolique. Cette profanation est un meurtre du désir, un meurtre du sujet féminin. »

La jeune femme buvait en raison de l'atteinte du pacte sacré qui lie homme et femme : « *Si ce pacte sacré est bafoué, et il l'est généralement par le partenaire masculin, cela produit des ravages dont l'alcoolisme est une des formes. Le progrès des techniques médicales, l'évolution des mœurs sociales, ont introduit un fort relativisme dans la valeur de ce pacte.* » L'auteur émettait l'hypothèse d'une autre conséquence de cette atteinte de la féminité : « *enfin, la débâcle de la 'fonction symbolique essentielle de la maternité' ne débouche pas nécessairement sur l'alcool. Tout autre toxique peut faire l'affaire. Mais il s'agit là d'une hypothèse pour laquelle le matériau clinique dont je dispose est très limité.* »

Commentaire du vécu d'une jeune femme

« Lorsque l'accompagnement psychologique révèle le lien entre IVG non désirée, alcoolisations et atteinte d'une fonction symbolique essentielle »

La jeune femme avoue dans l'ironie ses alcoolisations massives et ponctuelles. Demandant l'avis de son psychiatre, elle se met en colère à l'idée d'un lien possible avec un avortement passé. Puis elle révèle une IVG, son motif, et le souvenir constant qu'elle en garde.

La jeune femme s'alcoolise pour oublier une souffrance non reconnue et ni exprimée par la patiente elle-même, c'est-à-dire le souvenir douloureux de son IVG non désirée, imposée moralement par son conjoint qu'elle se figurait comme père. Elle veut oublier l'atteinte du pacte sacré qui lie homme et femme, l'atteinte qui a été faite à son désir de maternité, à sa féminité, à sa fonction symbolique essentielle portée par sa capacité biologique d'être femme et mère.

3.4.22 Synthèse du document n° 22 : Michèle (36)

« *Destin de naissance...destin de mort : Quand naissance et mort se superposent* »

Michèle avait 30 ans et vivait en France avec son mari qui partait souvent en déplacement professionnel de plusieurs mois. Elle n'avait pas d'enfant. Enceinte de 5 mois, elle acceptait un accompagnement psychologique suite à la proposition des médecins d'interrompre médicalement sa grossesse en raison d'une anomalie cérébrale sévère du fœtus, d'origine virale. Elle avait réalisé une IVG dix ans auparavant.

Michèle se sentait anéantie par l'annonce diagnostic et voulait fuir. Elle était apeurée lors du premier entretien avec la psychologue, « [...] marqué par un long silence [...] ». Puis, elle exprimait prendre conscience que, malgré son handicap, c'était bien un enfant qu'elle portait. « *Parallèlement, elle évoque un sentiment d'étrangeté : son enfant est porteur de quelque chose de différent.* » Elle racontait deux rêves, le premier où elle était seule montant dans un escalator, et croisant un enfant sur le bord qui la regardait, le deuxième où elle montait aussi un escalier, tombait et était relevée par un enfant : « *Elle s'interroge : laisse-t-elle l'enfant sur le bord ou bien est-ce lui qui la laisse poursuivre sa route ?* » Elle mettait alors en relation ses deux rêves avec son IVG passée et l'anomalie actuelle du fœtus : « *La succession de ces deux rêves lui fait évoquer [...] une interruption volontaire de grossesse réalisée dix ans auparavant : l'atteinte fœtale en serait alors la punition.* »

A l'évocation de sa mère par l'auteur, Michèle était peu loquace : « [...] j'apprends que sa mère est décédée il y a quelques années [après l'IVG], d'un cancer du sein qui s'est généralisé. Elle n'en parlera pas davantage. » Par ailleurs, elle remarquait avec mécontentement la contradiction des propositions relatives à l'éventuelle IMG ; autopsie, obsèques... : « *Toutes ces propositions lui semblent 'totalement paradoxales'* ». Elle évoquait ensuite le poids du diagnostic prénatal et sa solitude, liée à l'absence actuelle et à venir de son mari : « *Le sens initial de leur projet conjugal – avoir un enfant – ne peut évoluer en projet individuel d'accueillir un enfant handicapé.* » Elle décidait alors d'interrompre sa grossesse.

Après l'IMG, elle souhaitait voir l'enfant : « *Michèle accouche d'un petit garçon qu'elle a finalement souhaité voir, mais a refusé l'autopsie, invoquant des motifs religieux.* » Puis elle se repliait sur elle-même et s'isolait socialement : « *Elle est restée claustrophobie, volets fermés, ne souhaitant voir personne, ni même la lumière du jour perçue comme agressive.* » Elle attendait de rejoindre son mari pour essayer de parler avec lui _ sans succès_ de cette IMG. Plus tard, elle réussissait à échanger avec lui sur le bébé, leurs affects et leurs projets :

« [...] ils pourront regarder ensemble les photos du bébé, évoquer l'absence, le manque, la tristesse ainsi que le projet d'un autre enfant dans l'avenir. »

Michèle se sentait prête pour un autre projet d'enfant. Elle disait son désir d'écriture et celui de faire un lien entre l'avant et l'après IMG : « [...] elle souhaite tisser un pont entre l'avant et l'après, elle avant et elle après, pour elle-même, pour son couple... et aussi pour ce bébé. » Puis, elle évoquait d'elle-même la mort de sa mère et les non-dits qui l'entouraient, « [...] excusant son père qui voulait protéger ses filles », incapable de verbaliser sa douleur. Elle constatait ensuite avoir pu dire ses émotions grâce aux entretiens. « *Michèle exprime aussi son sentiment de réunification, de réconciliation entre elle et son bébé, tout comme celui de retrouvailles avec sa mère morte.* »

Pour l'auteur, Michèle était bouleversée physiquement et psychologiquement par l'annonce du diagnostic anténatal. « *Au bout d'un moment, elle relève la tête et me regarde ; son regard semble dire qu'elle m'est reconnaissante de ce silence, silence qui lui permet de se rassembler et de se restaurer.* » Elle remerciait les médecins de dire la vérité sur l'anomalie fœtale, mais leur en voulait de leur vision représentant le fœtus plutôt objet d'investigation qu'enfant, déplaçant peut-être son hostilité envers le fœtus sur les soignants : « *La haine primitive entre la mère et son bébé décrite par Winnicott, est inenfendable et source de grande culpabilité lorsque 'His Magesty the Baby' n'est pas conforme aux promesses.* » Elle avait un sentiment d'étrangeté en raison du paradoxe entre anomalie fœtale visible à l'échographie et invisible à l'œil nu. Elle était seule face à un choix de mort : « [...] elle se retrouve seule à choisir l'issue de la grossesse et quelle que soit sa décision, c'est de mort dont il s'agit : mort d'un bébé, mort d'un projet et atteinte narcissique majeure dans sa capacité à faire un bébé bien portant. »

D'après l'interprétation de ses rêves par l'auteur, Michèle désirait fuir la décision d'interrompre ou non sa grossesse, n'en contrôlait pas le processus et se sentait effondrée. De plus, « *nous voyons l'émergence de la représentation de son fœtus comme d'un futur enfant.* » Elle évoquait ensuite son IVG avec culpabilité. L'auteur abordait alors le sujet du lien avec sa mère se référant à la psychanalyste « *M. Bydlowski [qui] fait un lien entre IVG et dette de vie où l'avortement permettrait de tuer sa mère à l'intérieur de soi, autorisant la fille à devenir femme ; mes associations me conduisent alors vers sa mère [...].* » Elle restait silencieuse sur le souvenir laissé par cet avortement, et semblait avoir une difficulté à faire le deuil du décès maternel : « [...] son silence, lourd, m'interroge à la fois sur l'élaboration de ce deuil [de sa mère], comme si cette perte, très douloureuse, était encore difficilement pensable, mais aussi

sur les traces laissées par son IVG. » Elle revivait ainsi des pertes antérieures : « *Nous voyons combien le traumatisme actuel et la blessure narcissique qui en découle, réactualisent des fantasmes archaïques et des pertes antérieures.* »

Selon l'auteur, Michèle jugeait inconcevable d'interrompre sa grossesse si elle considérait le fœtus comme un être à part entière. Mais elle restait confuse sur le statut de son fœtus : « *Sa colère illustre la question du statut de ce fœtus, problématique centrale dans le deuil périnatal : être par la chair ou par la parole ? Fœtus authentique ou fœtus tumoral ?* » Ayant pris sa décision, elle redoutait cette IMG nécessitant un accouchement normal, puis elle refusait l'autopsie : « *[...] on peut [...] imaginer que ce serait peut-être le tuer une deuxième fois ?* » Après l'interruption, elle souffrait d'une dépression, secondaire à un travail de deuil difficile : « *Je reçois sa souffrance dépressive comme la conséquence du travail de deuil et de désinvestissement de son bébé en devenir.* » Elle vivait une régression intense : « *[...] exprimant une nostalgie du retour à l'état de fusion avec la mère des premières relations ; [...] cette régression narcissique s'inscrit également dans un mouvement identificatoire au fœtus, contribuant à lui donner réalité pour pouvoir s'en détacher ensuite.* »

Michèle désirait atténuer sa souffrance en la partageant avec son mari, mais se heurtait à un ressentiment et une incompréhension réciproques marquant un déni mutuel de la réalité de la mort du bébé. « *Mais cette colère et cette douleur ne lui permettent-elles pas de rester en lien avec ce bébé disparu ?* » Par l'écriture, processus de sublimation, elle intégrait l'IMG dans sa vie, elle réalisait un travail de deuil : « *Ce bébé doit trouver sa juste place dans son histoire tout comme elle doit trouver un juste lien avec lui.* »

Par ailleurs, elle réabordait la mort de sa mère : « *Me revient en écho son silence consécutif à l'évocation du rêve [...].* » Elle rationalisait le comportement qu'avait eu son père à cette période, masquant ainsi un sentiment de colère. « *Puis peu à peu, s'exprime de façon sourde, toute la colère contenue à propos des non-dits entourant la maladie et le départ brutal de sa mère.* » Elle souffrait d'une sidération familiale sur le thème de la mort : « *Les mots ont été pour elle le lien entre la vie et la mort, alors que jusque là, la mort était entourée de silence, de vide, de rien.* »

Puis Michèle sortait de cet état de sidération face à la mort et exprimait ses émotions : « *Elle a dépassé l'anéantissement initial en acceptant de se confronter à ses affects. Elle a toléré l'envahissement de la pulsion de mort, l'a dépassée et métabolisée en pulsion de vie.* » Elle réalisait alors le deuil de sa mère : « *Dans l'après-coup, changée par ce bébé qui n'est plus, elle exprime une prise de distance par rapport à ces modèles familiaux intériorisés, un réaménagement de ses repères identificatoires.* » Elle inscrivait l'enfant dans sa filiation et

réalisait son deuil : « *Il me semble que prendre le temps de sortir de l'état de sidération et amorcer la perspective d'un sens à donner à l'issue de la grossesse, que ce soit dans celui de sa poursuite ou de son interruption, est fondamental : il permet en effet de favoriser l'émergence d'une représentation objectalisée du fœtus, favorable à la résolution du deuil.* » Elle élaborait la perte et évitait le deuil compliqué : « *L'interruption de la grossesse, qu'elle soit décidée pour motif médical ou spontanée, implique un arrêt du processus de parentalisation et nécessite un travail psychique de désinvestissement du fœtus [...] temps d'élaboration nécessaire à la perte. Car à la fois objet-non objet, ce fœtus fait courir le risque d'un deuil mélancolique puisque encore incorporé au Moi.* »

Par le soutien psychologique, Michèle faisait plusieurs deuils : « *L'espace de narrativité ainsi créé conduira, progressivement, à l'élaboration de la perte et des pertes antérieures ravivées, comme dans le cas de Michèle.* »

Commentaire du vécu de Michèle

« Questionnement et confusion sur le statut du fœtus, réminiscence et culpabilité de l'IVG, décision d'IMG et deuil difficile »

Suite à l'annonce du diagnostic anténatal, et comme l'interprétation de ses rêves le montre, Michèle se représente le fœtus comme un enfant malgré son handicap, et s'interroge sur le positionnement de celui-ci ; soit abandonné, soit consentant pour cette IMG. Ces rêves lui font évoquer dans la culpabilité son IVG passée dont elle voit l'anomalie fœtale comme sa punition. Elle reste silencieuse sur les traces laissées par cette IVG comme sur celles laissées par le décès de sa mère dont elle semble avoir des difficultés à faire le deuil. Elle accuse les soignants de considérer le fœtus plus comme un objet que comme un être, tout en les remerciant d'avoir dit la vérité sur la pathologie.

Elle revit des pertes antérieures ; l'IVG, tentative de passer du statut de fille à celui de femme, et le décès de sa mère. Son ressentiment envers les soignants traduit sa confusion sur le statut du fœtus, problématique centrale dans le deuil périnatal.

Michèle décide de réaliser l'IMG après laquelle elle exprime avec difficultés son sentiment de tristesse, d'absence, de manque, la blessure de la perte, et souffre de dépression.

Elle opère une régression narcissique vers un état de fusion avec sa mère et une identification au fœtus. Elle dénie la réalité de la mort de ce bébé. Son travail de deuil est difficile, comme si la douleur lui permet de rester en lien avec le bébé disparu.

3.4.23 Synthèse du document n° 23 (37)

« Quel est le vécu des femmes, hospitalisées pour subir une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, par rapport à la prise en charge infirmière ? »

Première femme

La première jeune femme de cette étude avait une trentaine d'années ans et vivait en Suisse. Elle avait étudié le tourisme et n'avait pas d'enfant. Recrutée par le biais de l'association AGAPA Suisse Romande¹² où elle avait été suivie, elle acceptait de participer à un entretien semi-directif avec une étudiante infirmière pour une étude portant sur le vécu de l'IVG médicamenteuse. Elle avait réalisée deux IVG dans un contexte similaire. La seconde IVG était survenue deux ans auparavant sur sa décision, car « *c'est arrivé par accident* » ; elle devait partir en stage à l'étranger et « *n'était pas prête pour avoir un enfant* ».

La jeune femme racontait qu'après sa première IVG, elle avait refusé de rencontrer un psychologue, disant ne pas en avoir besoin et ne devant pas montrer ses failles : « *On m'avait demandé si je souhaitais un suivi psychologique, j'avais dit non, je n'en ai pas besoin, j'assure mon choix, je n'ai pas le droit d'être faible.* »

Durant l'hospitalisation pour sa seconde IVG, elle rapportait avoir ressenti un sentiment de culpabilité et de honte : « *C'était la deuxième fois, c'était honteux.* » Elle n'avait pas voulu se confier aux soignants : « *Je n'avais pas envie de parler de ma vie privée, je voulais juste que ce soit liquidé et qu'on n'en parle plus.* » Pourtant, elle avait eu le sentiment de ne pas avoir été écoutée et d'avoir eu besoin que l'infirmière soit plus présente : « *Je trouvais qu'elle aurait pu être un peu plus là (...) pas spécialement qu'on me parle, qu'on parle de moi, mais de mon état.* » Elle avait aussi eu besoin d'être appuyée dans sa décision : « *[...] il aurait fallu qu'on me soutienne à fond (sur sa décision) parce que je doutais (...) j'étais mal dans mes baskets.* » Elle évoquait sa solitude : « *[...] on arrive dans un service de gynécologie, c'est plutôt des mamans, des femmes enceintes, qui sont là, dans la salle d'attente il y a des trucs pour bébé, c'est spécial, on se sent vachement à part, seule.* » Elle aurait eu besoin de connaître le ressenti de l'infirmière sur cet acte d'IVG : « *(suite au sentiment que l'infirmière*

¹² Association AGAPA Suisse Romande : Association des Groupes d'Accompagnement-Perte de grossesse-Abus-Maltraitance-Négligence

était mal à l'aise) ‘je pense que j'aurais apprécié qu'elle me dise franchement la vérité, qu'elle me dise ouais franchement, je suis gênée, j'aime pas faire ça (...).’.

Après cette deuxième IVG, la jeune femme avait alors fait comme s'il ne s'était rien passé : « *Il faut s'imaginer tout le processus qu'il y a pour quelqu'un qui avorte, on met une carapace pour faire après comme si ça n'avait jamais existé.* » Elle aurait eu besoin d'être rapidement suivie par une psychologue : « *Il faudrait que les professionnelles connaissent vraiment l'aspect psychologique qu'il y a derrière l'avortement et diriger les gens vers des associations comme le planning ou AGAPA¹².* » Elle était devenue déprimée et voulait mourir : « *J'avais vraiment un mal-être constant mais je n'aurais pas pensé que c'était dû à mon avortement, je pensais plutôt que c'était l'âge [...] c'est venu assez vite, tout de suite après (l'IVG).* » Par la suite, au sein de l'association, elle avait réalisé un travail de deuil dans le non-jugement et le respect : « *J'ai fait 6 mois d'AGAPA¹² (...) le travail qu'on fait c'est ‘pardonne toi à toi-même’ (...) à la fin on enterre son gamin et ça permet vraiment de faire un processus de deuil.* »

Selon les auteurs de l'étude, la jeune femme avait vécu cette deuxième IVG dans la culpabilité et dans une solitude favorisée par le cadre des soins d'IVG, le service de gynécologie-obstétrique : « *Elles expriment une grande désstabilisation d'être dans ce lieu.* » Elle avait demandé à être physiquement mieux entourée par l'infirmière : « *La personne A décrit des soins ayant un support relationnel tels que les soins techniques.* » Elle n'avait pas cherché à exprimer son vécu pendant l'hospitalisation mais avait paradoxalement eu besoin d'entendre celui de l'infirmière, souhaitant « *[...] que les infirmières soient plus authentiques.* » En fait, elle avait eu besoin d'être comprise : « *Nous interprétons cette demande d'authenticité comme la demande d'empathie qui leur permettrait de se sentir écoutées, accueillies et rassurées.* » Elle avait eu besoin d'être apaisée : « *La demande d'être rassuré se porte sur deux éléments : le non-jugement de l'infirmière et le protocole d'IVG qui leur est inconnu.* » « *Ce besoin de sécurité est provoqué par le sentiment de culpabilité, de manque d'estime de soi et d'anxiété [...].* »

Après cette deuxième IVG, la jeune femme avait souffert d'un mal-être. « *Ainsi pour la personne A nous avons relevé l'expression d'un sentiment de tristesse, d'anxiété, de découragement lorsqu'elle mentionne son état psychologique après l'IVG, [...] ce comportement se manifeste par la volonté de mourir [...].* » Par son désir de mourir, elle avait exprimé une colère envers les autres et elle-même : « *Pour Freud [...] cité par Townsend [...], ‘le suicide était une réaction à une haine profonde de soi, la colère ayant pris sa source*

dans la perte d'un objet d'attachement pour finalement se retourner contre soi' [...]. » En effet, elle avait vécu un conflit d'évitement entre deux issues négatives quelque soit son choix, conflit responsable d'une crise : « [...] cette femme a traversé des moments très difficiles suite à l'IVG. Nous supposons qu'elle n'a pas trouvé l'aide nécessaire pour sortir de cette crise de manière constructive. »

Pour les auteurs, cette femme avait répété le cycle grossesse due au hasard-IVG, notamment à cause d'une ambivalence face à ses désirs inconscients de grossesse : « Selon le même auteur [Kunégel], 'l'ambivalence est le facteur dominant dans les demandes répétées d'IVG. Les répétitions viennent s'inscrire hors de l'ordre du conscient'. Une grossesse survenue par hasard, peut se lire comme une modalité dans laquelle se manifeste le désir inconscient. » Peut-être avait-elle cherché, par sa grossesse, à vérifier sa fertilité : « Selon Tamian-Kunégel la grossesse peut avoir une fonction de maturation de la femme par 'la réassurance narcissique de l'intégrité de ses possibilités reproductrices'. Ou bien avait-elle voulu être enceinte sans être mère : « Cette répétition peut se comprendre sous l'aspect d'un acte inconscient qui traduit des désirs inavouables : désirer un enfant sans vouloir nécessairement enfanter. » Elle avait pu également exprimer une carence : « La succession de grossesses non désirées peut exprimer un manque que la personne ne parvient pas à combler. »

Commentaire du vécu de la première femme

« Lorsque la répétition et l'ambivalence de la décision d'IVG provoque un mal-être et révèle une ambivalence face à des désirs inconscients de grossesse »

Après sa première IVG, la jeune femme refuse de rencontrer un psychologue car elle n'en a pas besoin et que ce serait un signe d'une faiblesse, celle de ne pas assurer son choix. Pendant la deuxième IVG, décidée seule, elle se sent coupable car c'est la deuxième fois qu'elle avorte. Elle se sent seule en raison du cadre des soins ; le service d'obstétrique. Elle refuse de se confier aux soignants et veut que tout se passe le plus rapidement possible. Elle a besoin d'être soutenue dans sa décision. Elle souhaite connaître le vécu de l'infirmière, être plus entourée de ses soins, d'écoute, d'empathie, et de réassurance sur son non-jugement et sur le protocole.

Après cette deuxième IVG, la jeune femme met une carapace comme si l'IVG n'avait jamais existé. Elle a un mal-être caractérisé par une culpabilité, une tristesse, un découragement, une anxiété. Elle ressentait de la colère et le désir de mourir. Elle ne fait pas le lien entre ce mal-être et l'IVG. La jeune femme aurait besoin d'être rapidement dirigée vers une psychologue. Elle ne trouve pas l'aide nécessaire pour sortir rapidement de cette crise de manière constructive.

Les besoins exprimés pendant la seconde IVG s'expliquent par son sentiment de culpabilité, de manque d'estime de soi et d'anxiété. Sa colère est causée par la perte d'un objet d'attachement, puis se retourne contre elle-même à travers le désir de mourir. Son mal-être est lié au doute de son choix d'IVG, au conflit d'évitement entre deux issues négatives quelque soit sa décision. Et la répétition du cycle grossesse due au hasard-IVG est notamment causée par une ambivalence face à ses désirs inconscients de grossesse ; vérifier sa fertilité, vouloir un enfant sans être mère ou combler un manque.

Deuxième femme

La deuxième jeune femme de cette étude avait une quarantaine d'années et vivait en Suisse. Elle avait une fille de trois et demi environ et était divorcée depuis la naissance de celle-ci. Elle ne travaillait pas. Recrutée par le biais de l'association AGAPA Suisse Romande¹² où elle avait été suivie, elle acceptait un entretien semi-directif avec une étudiante infirmière pour un mémoire portant sur le vécu de l'IVG médicamenteuse. Elle avait réalisée une IVG trois ans auparavant avec son nouveau conjoint, lui ne souhaitant pas garder l'enfant et elle « *ne supportant pas l'idée d'avoir un enfant 'sans père'* ». Elle avait essayé de le faire changer d'avis sans y réussir. Elle avait raconté que l'IVG s'était compliquée d'une septicémie, ayant nécessité une hospitalisation de 7 mois, puis d'une stérilité.

La jeune femme avait elle-même demandé une aide psychologique : « *L'année après l'IVG, j'ai demandé s'il n'y avait pas un organisme qui traitait des cas comme moi [...].* » Elle disait avoir enduré son IVG et son ambivalence selon un mode précis : « *J'étais ambivalente, je voulais garder cet enfant mais la situation ne le permettait pas.* » « *Je me suis mise en refoulement pour supporter ça.* »

Selon les auteurs, cette jeune femme ne s'était pas sentie coupable de cette IVG : « *La personne B n'exprime pas le sentiment de culpabilité mais a souffert d'un important conflit de valeurs dans cette expérience.* » Elle avait d'autant plus souffert à cause de son divorce et de son vécu traumatisque de l'IVG lié à de graves complications organiques : « *En effet, le chevauchement de plusieurs crises peut rendre plus difficile leur résolution.* »

D'après les auteurs, en critiquant vivement son compagnon de l'époque, la jeune femme s'était défendue contre sa décision d'IVG : « *Nous interprétons ce procédé comme un mécanisme de défense, 'la projection' [...] Par ce mécanisme, elle place la responsabilité de la décision sur son compagnon, ce qui lui évite d'assumer d'éventuelles conséquences de la décision et de se remettre en question.* » Elle s'était ainsi défendue contre son anxiété et sa conscience : « *Notre analyse nous a permis de comprendre que les mécanismes de défense lui permettent de prendre ses distances avec son compagnon [...], son vécu émotionnel et sa conscience.* »

Elle n'avait alors pas pu manifester ses affects : « *Dans cette perspective, la personne ne pourra évacuer de manière constructive, les émotions qui l'habitent. Celles-ci s'exprimeront alors sous diverses formes plus destructrices, par exemple : un cancer, une*

infection. » Sans se remettre en question, elle s'était défendue contre son peu d'estime d'elle-même : « *Il apparaît que madame se protège car elle souffre d'un important manque d'estime de soi.* » Et elle n'avait donc pas pu percevoir ses besoins : « *Nous pensons que cette femme ne peut exprimer un besoin particulier car sa distance ne lui permet pas d'identifier un besoin.* » Elle vivait un processus de deuil non résolu « *encore à l'heure actuelle* ».

Commentaire du vécu de la deuxième femme

« Le refus de porter la responsabilité de la décision d'IVG : témoin d'une souffrance de l'ambivalence de cette décision »

Un an après l'IVG et ses complications organiques, la jeune femme demande une aide psychologique. Elle souffre toujours de l'ambivalence consciente de sa décision d'IVG, prise parce qu'elle ne supportait pas l'idée d'avoir un enfant sans père. Elle la refoule en faisant porter la responsabilité de sa décision d'IVG sur son compagnon de l'époque. Elle n'a pas de culpabilité.

Son ambivalence est secondaire à un conflit de valeurs refoulé selon le mécanisme de défense de projection, pour se protéger de son anxiété et de son peu d'estime de soi. Elle prend ainsi une distance entre son compagnon, son vécu émotionnel et sa conscience, ce qui lui évite de se remettre en question. Par ces mécanismes, elle ne peut pas exprimer ses affects de manière constructive mais sous une forme somatique telle que le sepsis. Elle ne peut identifier ses besoins.

Troisième femme

La troisième jeune femme de cette étude avait environ 29 ans et vivait en Suisse. Elle était enseignante et n'avait pas d'enfant. Recrutée par le biais de l'association AGAPA Suisse Romande¹² où elle avait été suivie, elle acceptait un entretien semi-directif avec une étudiante infirmière dans le cadre d'un mémoire portant sur le vécu de l'IVG médicamenteuse. Elle avait réalisée une IVG deux ans auparavant sur sa décision à elle car « *le couple ne s'était pas protégé lors des premiers rapports sexuels* ». Elle racontait que « *ça n'a pas été un choix évident mais je n'aurais pas voulu avoir cette personne dans ma vie toute ma vie* ».

La jeune femme racontait avoir été en colère quelques jours après l'IVG : « *J'ai vu une psychologue quelques jours après, j'étais encore fâchée de tout ce qui s'était passé [...].* » Elle évoquait aussi avoir rencontré cette psychologue trop tard : « *[...] je la regardais et je me disais que c'est un peu tard quoi, je pense qu'à la rigueur quelqu'un comme ça devrait passer au moment de l'hospitalisation.* »

Selon les auteurs, cette jeune femme ne semblait pas avoir eu de culpabilité ni mobilisé de mécanisme de défense suite à cette IVG : « *La personne C est celle qui semble n'avoir eu aucune conséquence particulière, c'est elle aussi qui a paru avoir le moins de sentiment de culpabilité.* » Elle n'avait pas été ambivalente par rapport à son choix d'IVG : « *Elle exprime clairement sa décision d'avorter et assume son choix. Elle ne semble pas vivre un conflit particulier.* » Elle n'avait pas manifesté de manque d'estime d'elle-même et n'avait pas été déstabilisée par cette expérience : « *Nous pouvons en conclure que la qualité de son estime de soi lui permet de vivre l'expérience plus sereinement.* »

Commentaire du vécu de la troisième femme

« Colère, acceptation du choix d'IVG et sérénité : témoin d'une bonne estime de soi »

Quelques jours après l'IVG qu'elle a décidée seule, la jeune femme ressent de la colère vis-à-vis de son avortement, elle rencontre aussi la psychologue...trop tard selon elle. Elle aurait préféré la voir pendant l'hospitalisation. Elle n'exprime pas de culpabilité, assume son choix d'IVG et vit cette expérience sereinement.

Elle ne mobilise pas de mécanisme de défense contre un conflit particulier. Elle n'est pas troublée par son IVG parce qu'elle a une bonne estime de soi.

3.4.24 Synthèse du document n° 24 : Anna (38)

« Un conte pour soigner. Accompagnement d'une personne ayant subi un avortement dans un contexte de chantage affectif »

Anna avait 25 ans et vivait en France. Elle était célibataire, n'avait pas d'enfant et travaillait comme secrétaire. Elle acceptait un entretien avec l'infirmière de psychiatrie, service dans lequel elle avait été hospitalisée à la demande de son médecin traitant pour un état dépressif réactionnel à une rupture sentimentale. Elle avait réalisé un avortement quelques semaines auparavant, dans le contexte suivant : « *un jour, elle apprend qu'elle est enceinte. Elle a l'espoir, à ce moment-là, que le comportement de son amant va changer et qu'il va clarifier enfin la situation.* » Celui-ci l'avait alors accusée de vouloir utiliser cet enfant pour faire pression sur lui, semblant « *projeter sur elle sa propre manière de se comporter* ». Il lui avait fait subir un chantage affectif : « *[...] qu'elle avorte, 'sinon il se chargera bien de faire savoir à son enfant qu'il n'est qu'un bâtard et il saura le détruire à petit feu'* ».

Elle avait raconté comment, deux auparavant, elle avait été l'objet des assiduités de son patron, qui était devenu par la suite son amant en lui promettant de divorcer pour elle. Elle avait évoqué l'isolement social, la souffrance et la baisse de sa créativité artistique qui s'étaient ensuivis à cause cette relation et de la personnalité de cet homme : « *Il a manifesté un comportement manipulateur et destructeur très caractéristique, exerçant sur elle un contrôle, l'amenant à se couper de ses amis ainsi que de sa famille.* » « *Une autre caractéristique du comportement pervers et manipulateur est qu'il manie sans cesse le chaud et le froid. [...] 'Tu n'as aucune valeur à mes yeux, mais je ferai tout pour te garder.'* »

Durant son hospitalisation, Anna recherchait un dialogue avec l'infirmière : « *[...] elle entre dans le bureau infirmier et s'assoit près de moi.* » Elle lui exprimait alors son sentiment d'imperfection : « *Je me suis toujours sentie nulle... Ma sœur aînée était la perfection incarnée pour mes parents, alors que moi... Il y avait toujours quelque chose à redire quoi que je fasse...* »

Anna racontait avoir pris conscience de la dureté de son amant et de la nécessité de s'en séparer dans les suites de son avortement : « *À ce moment-là, j'ai réalisé l'étendue de sa cruauté, je me suis rendue compte que le quitter était une question de survie pour moi.* » Elle l'avait alors abandonné : « *Son amant essaye de reprendre contact avec elle, mais elle ne répond pas à ses appels.* » Elle retracait ensuite l'isolement qui avait suivi son IVG : « *Elle a*

trois semaines de congés avant de déménager vers son nouveau travail. Elle reste enfermée chez elle, seule, [...] ».

Anna était très émue en exposant son histoire : « *Tout en me racontant les circonstances de cet avortement, elle pleure sans discontinuer.* » Par ailleurs, elle refusait de prolonger l'hospitalisation : « *Le problème est qu'elle ne souhaite pas rester à l'hôpital [...].* » Elle acceptait alors l'idée de l'infirmière de lui écrire un conte thérapeutique : « *Je parle à Anna Martin du conte que je souhaite écrire pour l'aider et elle l'accepte.* »

Plusieurs mois plus tard, Anna remerciait l'auteur pour ce conte : « *Ce conte que vous avez écrit pour moi m'a beaucoup aidée.* » Grâce à celui-ci, la jeune femme changeait son regard sur sa vie qu'elle qualifiait jusqu'alors de terrifiante : « *Ma vie n'était qu'un cauchemar noir, rempli de sentiments de culpabilité et de désespoir, et soudain j'ai vu ma propre histoire avec un autre sens. Elle devenait belle, pleine de couleurs et d'amour. Et j'ai réalisé qu'elle était vraie.* » Elle extériorisait sa souffrance au moyen de cette histoire : « *Ce conte a été comme une main douce qui est venue toucher la douleur de mon cœur et lui a permis de sortir.* » Elle se sentait alors libérée et en paix avec elle-même : « *J'ai beaucoup pleuré, mais c'étaient des larmes de délivrance, comme des larmes de réconciliation avec moi-même.* »

Anna ressentait désormais un bien-être dans sa vie privée et professionnelle : « *Aujourd'hui, je vais bien dans ma nouvelle vie. J'ai de nouveaux collègues. Dans ce boulot-ci l'ambiance n'a rien à voir avec l'ancien, c'est sympa. Et puis surtout, j'ai rencontré quelqu'un, un garçon de mon âge très gentil qui me respecte et qui m'aime. J'ai droit à une nouvelle chance.* »

Selon l'auteur, Anna se dérobait face aux soignants : « *À son arrivée, elle se montre très secrète. [...] Nous faisons des tentatives d'approche, mais elle fuit le contact.* » Elle avait besoin d'un certain temps avant de pouvoir s'exprimer : « *Les quelques jours d'hospitalisation lui ont probablement permis d'évaluer notre capacité d'accueil. Ils l'ont amenée à se sentir suffisamment en confiance pour commencer à parler de son vécu intérieur.* » De plus, Anna avait une faible estime d'elle-même et peu de confiance en elle comme l'auteur le décrivait dans son conte thérapeutique intitulé '*Gaïa, la petite libellule qui s'ignorait elle-même*' : « *Qui donc pourrait l'aimer, elle qui était si imparfaite ?* »

A travers le conte thérapeutique, l'auteur montrait chez Anna son désespoir et sa culpabilité d'avoir choisi un tel père pour son enfant, son désir de le protéger en avortant, et la souffrance de cette IVG : « *[...] Gaïa, qui dès sa conception avait ressenti un amour immense*

pour cet œuf, sentit son cœur se briser. » A travers cette douleur, elle prenait conscience de sa relation destructrice : « [...] l'épreuve qu'elle a vécue lui ouvre les yeux et engendre un nouveau comportement chez elle : la capacité de prendre de la distance par rapport à la situation et de la regarder avec lucidité. » D'après l'auteur, elle se rendait compte de la nécessité de rompre cette relation, ce qu'elle fit et « aussitôt, elle ressentit un grand manque douloureux, comme si elle s'amputait d'une partie d'elle-même. Elle avait vécu avec ces liens depuis si longtemps... Mais en accomplissant cet acte, elle savait qu'elle se sauvait elle-même... »

Anna culpabilisait d'avoir avorté : « Au fur et à mesure qu'Anna Martin me raconte son histoire, un élément m'apparaît évident : elle ne se pardonne absolument pas d'avoir avorté. » Et elle se dépréciait encore plus : « La culpabilité est quasiment toujours présente [...]. Le regard que l'on porte sur soi peut devenir très sévère, portant atteinte à l'estime de soi. Il y a pourtant là un deuil qui revendique son expression. » En effet, elle avait besoin de faire le deuil de son avortement et de l'enfant avorté : « Il est non seulement légitime, mais surtout nécessaire pour permettre à la jeune femme d'intégrer cet avortement dans son histoire, sans qu'il devienne une zone d'ombre dont elle n'osera jamais parler. Sa blessure a besoin d'être reconnue afin qu'elle puisse se cicatriser. » Elle nécessitait un accompagnement pour ce processus rendu difficile : « Régulièrement, du fait de la culpabilité ressentie, le secret entoure un tel deuil et gêne son expression. » Anna manifestait alors un syndrome dépressif caractéristique. Elle était traumatisée par son histoire : « C'est une douloureuse histoire d'amour impossible... impossible à vivre entre cet homme incapable d'amour et une jeune fille sans amour pour elle-même... impossible à exprimer pour une mère égarée envers son enfant non advenu... »

A l'aide d'un entretien unique, sans jugement et avec empathie du soignant, puis par la lecture autonome du conte thérapeutique, Anna réussissait à exprimer des émotions refoulées : « L'entretien lui a permis de mettre au jour sa blessure profonde, d'ouvrir la porte à des émotions verrouillées liées à un deuil compliqué. C'est grâce à cet entretien que, en écho à son vécu émotionnel, j'ai pu écrire un conte répondant à ses besoins. » Elle intégrait l'épreuve vécue dans son histoire et lui donnait un sens : « [...] en contribuant à clarifier son vécu pour lui donner un sens, le conte a été un moyen pour elle de parvenir à se déculpabiliser et ainsi à restaurer son estime d'elle-même. » Ainsi, Anna réussissait à mieux se connaître et se respecter : « Dans son cœur, il y a, à jamais, une place particulière et pleine d'un amour incommensurable, pour ce premier œuf qui, dans l'épreuve vécue, lui permit de naître à elle-même... »

Commentaire du vécu d'Anna

« Souffrance et prise de décision, culpabilité et deuil difficile »

Anna fuit d'abord le contact avec les soignants, elle a besoin de plusieurs jours pour se sentir en confiance. Puis elle recherche le dialogue avec l'infirmière et exprime son vécu. Depuis son IVG secondaire à un chantage affectif, elle vit dans un cauchemar, dans la culpabilité de cet avortement, dans la douleur.

Cette épreuve lui fait prendre conscience de sa relation destructrice avec son amant et de la nécessité vitale de rompre le lien avec lui. Elle le quitte, elle ressent un grand manque douloureux, s'isole et souffre d'une dépression.

Sa culpabilité de l'IVG aggrave un manque d'estime de soi qu'elle a toujours eu. Elle rend difficile la réalisation du deuil de l'avortement et de l'enfant avorté, l'intégration dans sa vie de ce traumatisme d'une histoire d'amour impossible entre elle et son amant, entre elle et son enfant.

3.4.25 Synthèse du document n° 25 (39)(40)

« *L'avortement : une déviance légale* »

Barbara

Barbara avait 34 ans. Elle vivait en France avec son mari et ses deux enfants. Elle était comptable. En raison de sa demande d'interruption de grossesse de 6 semaines, elle réalisait l'entretien psycho-social pré-IVG obligatoire avec une conseillère conjugale. Celle-ci retranscrivait cet entretien ouvert dès la fin de la rencontre et de mémoire, dans le but de réaliser une étude qualitative sur le rapport des femmes à la déviance, selon l'hypothèse que décider d'une IVG est moralement critiquable et/ou critiqué. Barbara n'était pas informée de cette étude. Par ailleurs, elle avait réalisé une première IVG quinze ans auparavant, suite à son premier rapport sexuel sans contraception.

Barbara vivait cette deuxième IVG différemment de la précédente, c'est-à-dire sans culpabilité : « *Je ne vis pas du tout cette IVG comme la première ! Je ne culpabilise pas du tout !* » dit-elle.

Selon l'auteur, Barbara changeait son regard sur cette décision de seconde IVG : « *Aujourd'hui, elle donne un sens différent à une même décision [...].* » Elle ne culpabilisait pas, contrairement à la première fois : « *A l'époque, les conséquences de son insouciance ont entraîné une grande culpabilité.* »

Commentaire du vécu de Barbara

« Répétition de la décision d'IVG sans répétition de la culpabilité »

Barbara vit son second choix d'IVG différemment du premier, sans culpabilité. Elle lui donne un autre sens.

Michèle

Michèle avait 20 ans. Elle vivait en France, en couple, et elle n'avait pas d'enfant. Elle était étudiante en DEUG 2 de lettres. En raison de sa demande d'interruption de grossesse de 3 semaines, elle réalisait l'entretien psycho-social pré-IVG obligatoire avec une conseillère conjugale. Celle-ci retranscrivait cet entretien ouvert dès la fin de la rencontre et de mémoire, dans le but de réaliser une étude qualitative sur le rapport des femmes à la déviance, selon l'hypothèse que la décision d'IVG est moralement critiquable et/ou critiqué. Michèle n'était pas informée de cette étude. Elle avait auparavant réalisé deux IVG.

Michèle regrettait que l'IVG ne soit pas considérée comme un acte moral : « *Pour elle, l'IVG n'est pas encore entrée 'dans les mœurs légales'* ». Elle ne ressentait rien à l'égard de son IVG : « *Elle souhaiterait que les femmes qui ont aborté sortent du silence et 'témoignent pour expliquer que ce n'est rien'* ». Néanmoins, elle exprimait son malaise lié au regard des autres sur elle : « *[...] certains interlocuteurs se préoccupent parfois de savoir si elle ne souffre pas trop moralement. Si sa réponse est positive, elle sait que la conversation repose sur un quiproquo. Si elle ressent un malaise, c'est uniquement à cause du regard des autres.* » Et elle culpabilisait de son propre vécu : « *Ces questions et attitudes l'amènent à se demander si son insensibilité par rapport à l'IVG est normale et elle en arrive à 'culpabiliser de ne pas culpabiliser'.* »

D'après l'auteur, Michèle représentait un cas inhabituel car elle était la seule femme de l'étude à décider d'une troisième IVG : « *Un cas de figure atypique est, en effet, repérable parmi les quatre-vingt neuf entretiens analysés.* » Par cette répétition d'avortement, elle pouvait prendre de la distance vis-à-vis du comportement de ses proches : « *Cette exposition répétée [...] l'amène à considérer avec recul les réactions de son entourage, ainsi que celles de certains membres du corps médical.* »

Michèle constatait la condamnation morale de l'IVG, faisant de cet acte légal une déviance morale : « *Elle souligne [...] la stigmatisation morale qui accompagne souvent l'application du droit à avorter.* » Elle combattait les attitudes des autres : « *Elle a dû lutter aussi bien contre la réprobation que contre la compassion d'autrui.* » Selon l'hypothèse de l'auteur, Michèle vivait l'IVG de manière différente au fur et à mesure de ses avortements : « *On peut émettre l'hypothèse que l'expérience de plusieurs avortements entraîne une évolution des positions des femmes concernées par rapport à ce type de déviance.* »

Commentaire du vécu de Michèle

« Insensibilité, absence de culpabilité et recul sur le regard stigmatisant de l'autre : témoin d'un vécu de répétition »

Seule femme de l'étude à demander une troisième IVG, Michèle est insensible vis-à-vis de ses IVG et n'en culpabilise pas. Elle regrette la stigmatisation morale de l'IVG et le regard de l'autre qui ne la met pas à l'aise, et qui l'amènent à culpabiliser de ne pas culpabiliser. Elle combat ces regards de réprobation ou de compassion.

Selon l'auteur, chacune de ses IVG est vécue différemment et cette répétition lui donne du recul sur les réactions de son entourage.

4. Discussion

4.1 Type de l'étude

L'exploration du vécu psychique après l'IVG a initialement été envisagée sous forme d'une recherche primaire supposant la réalisation d'entretiens avec des femmes ayant eu une IVG dans les centres d'Angers ou de Tours. Les démarches auprès des soignants ont révélées des obstacles éthiques et méthodologiques. Le thésard s'est alors tourné vers la recherche secondaire pour réaliser une synthèse en recherche qualitative (9).

Cette recherche se rapproche de la métá-ethnographie selon le terme de Frappé, de la métasynthèse descriptive selon celui de Beaucher qui la définit comme « *une synthèse de résultats de recherches qualitatives, mais dont l'objectif consiste en une analyse compréhensive d'un phénomène donné* » (9)(10). Elle suit une méthode rigoureuse : échantillonnage des études qualitatives, recueil des données brutes de chacune d'entre elle, codage et analyse thématique de ces données pour ensuite tenter de comprendre le vécu étudié (10). Cette recherche se différencie néanmoins de la métasynthèse par son échantillon qui ne se constitue pas seulement d'études standardisées⁵ (10). [Annexe II]

4.2 Critique des résultats de la méthode

4.2.1 Identification et sélection du matériel

Identification et inclusion

4.3% du matériel identifié a été inclus.

L'échantillon de documents est de petite taille par rapport à la quantité initiale de matériel au risque de paraître insuffisant. Pourtant, l'ensemble des bases de données et des mots-clefs est exhaustif. Le large critère d'inclusion a nécessité le choix de nombreux critères de non-inclusion impliquant une lecture du texte intégral des documents pour être repérés. Le résultat de cet échantillonnage démontre le faible nombre de publications sur le thème du vécu psychique de la femme après l'IVG.

Exclusion

Près de la moitié des documents ont été exclus de l'étude parce que leurs auteurs n'avaient pas eu d'entretien avec la femme ou n'avaient pas rapporté leur discours. 25 documents ont finalement été conservés.

L'échantillon déjà petit est réduit par ces critères d'exclusion. Néanmoins, ceux-ci permettent de s'assurer de la réalité des échanges verbaux. Cette démarche d'exclusion suit les recommandations de Beaucher pour les métasynthèses sur la nécessité d'étudier le discours de la population : « *Il est important que les résultats des études primaires soient explicitement supportés par du contenu manifeste, par exemple des citations des participants.* » (10)

4.2.2 Evaluation de la qualité du matériel

Critère de qualité : la méthodologie du document

La qualité des documents a d'abord été évaluée selon leur méthodologie. Le matériel est constitué de 15 études de cas⁶, 10 entretiens cliniques⁷, et 2 études standardisées⁵.

Ce résultat montre que peu de documents suivent une méthodologie pré-établie et qu'ils n'ont pas une qualité scientifique authentifiée. L'étude ne répond pas à une des conditions requises pour être une métasynthèse (10).

Cela ne signifie pas pour autant que les études de cas et les entretiens cliniques sont de mauvaise qualité. Pour l'estimer, un autre critère a été recherché et trouvé dans la forme de discours utilisée par les auteurs pour rapporter les propos de la femme.

Critère de qualité : la forme du discours

La majorité des documents contenait du discours indirect libre¹⁰ associé à du verbatim/discours direct⁸.

L'utilisation de verbatim dans les documents empêche la confusion entre l'expression de la femme sur son vécu et l'interprétation qu'en a faite l'auteur. L'existence de discours indirect libre peut en revanche provoquer ce biais d'interprétation.

Cependant, la prise en compte de ce risque conduit à un repérage attentif du discours indirect libre à la lecture du document pour mieux en extraire l'expression des femmes sur leur vécu.

4.2.3 Recueil des caractéristiques des documents

Revue de publication et profession de l'auteur

La plupart des documents sont des articles qui ont été publiés dans des revues spécialisées en psychanalyse ou des revues de sciences humaines multidisciplinaires. Leurs auteurs étaient surtout psychanalystes ou psychologues, mais également conseillers conjugaux, pédopsychiatres, infirmières ou gynécologue-obstétricien.

Ceux-ci ont recueilli des informations lors de leur travail puis les ont choisies dans un deuxième temps comme données de recherche présentées sous forme d'études de cas⁶ ou d'entretiens cliniques⁷. Cette démarche explique l'absence de protocole de recherche (41). Elle indique également l'existence d'un biais de sélection parce que les femmes étudiées ne sont pas représentatives de la population générale qui a vécu une IVG.

Néanmoins, la nature même de ces entretiens permet une relation de confiance et une connaissance de la femme plus solides que ne le permettrait une recherche standardisée. Le psychothérapeute est capable de mieux décrire l'élaboration de la pensée de la femme, de l'analyser à partir de son expérience professionnelle, et d'ouvrir à une compréhension plus fine de son vécu psychique.

Celui-ci est d'autant mieux exploré qu'il est appréhendé par différentes disciplines.

Titre des documents

Les titres des documents sélectionnés sont pour la plupart sans rapport avec le thème du vécu psychique de la femme après l'IVG.

Le repérage des éléments de ce vécu comporte des difficultés avec un risque de biais d'interprétation lors du recueil de données.

La prise en compte de ce risque conduit à une lecture attentive de la chronologie de l'histoire de la femme pour mieux en distinguer et en extraire le vécu avant et celui après l'IVG.

4.2.4 Analyse des données

Codage, analyse et synthèse thématiques

L'analyse des données consiste en un codage et un repérage thématique du vécu psychique après l'IVG de chaque femme.

L'analyse expose au risque d'interpréter la partie « expression de la femme sur son vécu psychique », et celui de mal comprendre la partie « interprétation de l'auteur sur cette expression ». Afin d'éviter ce biais, elle nécessite un double codage du recueil de données et une compréhension du langage spécifique souvent employé par l'auteur pour dégager des thématiques. Celles-ci sont ensuite réunies en une synthèse qui intègre l'histoire de la femme et respecte la chronologie du récit de l'auteur.

Pour répondre à la question de recherche, chaque synthèse est suivie d'une analyse compréhensive ciblée sur le vécu post-IVG de la femme. Comme l'indique Denans, « *l'étude de cas relève comme toute démarche clinique de l'expérience personnelle, ce qui implique une forme de limitation quant à la généralisation de l'étude à partir d'un cas* » (12).

4.3 Critique des résultats de l'analyse

Le regroupement des analyses compréhensives individuelles tente de dégager des thématiques du vécu psychique post-IVG. Il faut noter que celui-ci ne concerne que des femmes ayant eu des entretiens psychothérapeutiques ce qui constitue une population à plus haut risque de souffrance psychique.

4.3.1 Conflit relationnel intrafamilial

Chez plusieurs femmes, l'IVG est le point de départ d'un conflit relationnel. Les tensions familiales de Léa avec son père, qui accepte mal la sexualité de sa fille, se compliquent d'une anorexie mentale. L'opposition de Fatia avec ses parents, qui l'ont culpabilisée de sa grossesse, ont décidé de son IVG et ont forcé la séparation avec son ami, se complique de conduites sexuelles à risque et d'alcoolisations fréquentes. Luna se sent incomprise et souffre d'être persécutée par ses parents dont la culpabilité de la grossesse et de l'IVG de leur fille amène à exprimer le secret de soninceste.

Le conflit relationnel montre la fragilité du sentiment d'identité de ces adolescentes et révèle un malaise des parents face à la sexualité de leur fille pouvant aller jusqu'à nier sa subjectivité.

L'étude rétrospective de Cougle montre une prévalence de difficultés relationnelles plus importante après l'IVG qu'après l'accouchement (42).

Mytnik écrit que « *la survenue impromptue d'une grossesse, suivie de la décision d'interruption, peuvent venir s'inscrire dans les rouages de configurations psychiques individuelles et familiales* » (43). On peut supposer que l'IVG soulève un questionnement de l'adolescente et de ses parents sur la sexualité, la fécondité et l'identité mis en évidence sous forme de tensions familiales post-IVG.

La prise en compte par le praticien de l'histoire et des relations familiales de la jeune fille ayant ou allant réalisé une IVG pourrait aider celle-ci à énoncer ses interrogations et ses difficultés propres à son adolescence.

4.3.2 Mal-être et culpabilité

Mal-être

Un certain nombre de femmes ressentent un mal-être après leur IVG. Il se manifeste par une boulimie chez Julie, une dépression ou une souffrance chez Fatia, Sarah et une autre jeune femme. Il se caractérise également par une douleur et une vie de cauchemar chez Anna, une tristesse, un découragement, une anxiété chez une autre jeune femme, de la colère chez une autre encore. L'évocation d'une IVG ancienne peut provoquer un ressentiment : Geneviève garde une rancœur envers son mari et Madame T. exprime honte et haine à son souvenir.

Culpabilité

Un certain nombre de femmes expriment une culpabilité après leur IVG. Julie se sent coupable d'avoir tué un enfant à cause du fantasme d'infanticide. Une femme pense avoir enlevé un enfant à Dieu. Nouria culpabilise d'avoir commis une faute morale interdite par sa religion. Michèle ressent une culpabilité à la réminiscence de son IVG. Anna se sent coupable de son IVG et une autre femme culpabilise parce qu'elle avorte pour la deuxième fois.

Certaines femmes comme Michèle n'ont pas de culpabilité. Celle-ci est insensible à ses IVG passées et combat le regard de son entourage sur son acte. Barbara ne se sent pas coupable en décidant de sa deuxième IVG, à la différence de la première fois. Une autre d'entre elles vit sereinement après l'IVG.

Le mal-être et le vécu de culpabilité de l'IVG révèlent une ambivalence ou un désaccord consciens ou inconscients avec la décision d'IVG. Ils témoignent aussi d'une fragilité identitaire par l'existence d'un lien fusionnel avec la mère, d'une blessure narcissique depuis l'enfance, d'un manque d'estime de soi ou d'une absence du sentiment maternel. La sérénité et l'absence de culpabilité après l'IVG montrent un choix assumé, une bonne estime de soi ou un recul sur les réactions de l'entourage qui serait permis par l'expérience de plusieurs avortements.

Ces constatations peuvent être mises en rapport avec l'étude prospective de Cougle montrant un taux d'anxiété généralisée plus élevée après une IVG qu'après l'accouchement d'une grossesse non désirée (44). L'étude prospective de Broen montre une prévalence de culpabilité plus élevée après l'IVG qu'après la fausse-couche (45). Bianchi-Demicheli souligne que les sentiments des femmes après l'IG peuvent être positifs et négatifs (46) et l'étude longitudinale de Major précise que l'estime de soi après l'IVG augmente avec les années (47).

Melo écrit : « *Ce qui centre mon attention est la dérive pathologique de l'ambivalence, masquée parfois par des rationalisations de surface. J'ai dû apprendre à anticiper les risques dépressifs et d'effondrement narcissique [...] il m'a fallu apprendre à être très attentif aux conséquences psychiques de la décision qui était officiellement écartée.* » (22) On peut supposer que le moment de décision de l'IVG soulève un conflit psychique qui serait mis en évidence après l'IVG sous forme de mal-être et culpabilité.

En pratique, le soignant pourrait essayer de prévenir l'apparition de ce vécu lors de consultations de demande d'IVG où il aiderait la femme à problématiser son choix, à envisager les pertes qui l'accompagnent quel qu'il soit.

4.3.3 Troubles du comportement et troubles psychiatriques

Violence

Depuis son IVG forcée, Julie souffre de passages à l'acte violent où elle maltraite ses patients et détruit ses propres œuvres d'art.

Troubles de la conduite alimentaire

Plusieurs femmes souffrent de troubles du comportement alimentaire dans les suites de leur IVG. Léa développe une anorexie mentale, Julie voit réapparaître les troubles

boulimiques de son enfance, Cécilia, aux antécédents d'anorexie pendant l'adolescence, consulte pour l'apparition de boulimie et de vomissements.

Mélancolie et psychose

Madame B. souffre d'une mélancolie délirante chronique dont les auto-accusations de crimes imaginaires et peut-être la négation d'organe sur la thématique du déchet sont en lien avec l'IVG réalisée il y a bien longtemps.

Deux femmes souffrent d'une psychose survenue plusieurs mois après leur IVG. Esther a un vécu d'angoisses et d'idées obsédantes sur la sexualité avec des accès de déréalisation. Nouria développe une psychose puerpérale autour de son troisième accouchement.

Les passages à l'acte violent et l'IVG qui les précède témoignent d'une violence intérieure liée à un déséquilibre oedipien. Les troubles de la conduite alimentaire et l'IVG qui les précèdent témoignent d'un conflit psychique entre le besoin et le rejet de devenir femme et mère et révèlent une difficulté de séparation avec la mère. La mélancolie délirante chronique et l'IVG qui la précède témoignent de celle de se séparer de l'objet qui la représente dans le désir de l'Autre. Le processus psychotique et l'IVG qui la précède soulignent l'existence d'une angoisse de la maternité ou d'une absence du sentiment maternel issues l'une et l'autre d'une fragilité de l'identité sexuée.

L'étude rétrospective de Coleman calcule une prévalence de troubles psychotiques plus importante après l'IVG qu'après l'accouchement (48).

« Ces grossesses que j'ai nommé grossesses-symptôme tentent au moins momentanément de faire une sorte d'économie de la perte (au sens large) par le lien à la chair qu'elles permettent (pas seulement lors de difficultés du deuil mais aussi bien lors de problématiques liées à la séparation etc.) [...] la grossesse-symptôme suivie de son interruption, vient en réponse à un trauma non résolu. » (43) A l'instar de ces troubles et du sentiment de mal-être et de culpabilité décrit dans le paragraphe précédent, le passage à l'acte de l'IVG serait le témoin d'une fragilité identitaire, d'un manque d'estime de soi. Il semblerait aussi favoriser l'apparition des troubles comportementaux ou psychiatriques.

Avant ou après l'IVG, le soignant pourrait tenter d'appréhender ce qu'elle vient questionner sur son sens, sur l'identité de la femme et sur l'existence d'un passé traumatique.

4.3.4 Choix d'un nouveau projet de vie

Pour deux femmes, le choix de l'IVG est suivi d'une seconde prise de décision. Il provoque chez Madame M. le soulagement, le secret de cet avortement et le choix angoissé d'interrompre sa vie conjugale. Il entraîne chez Anna une douleur qui l'amène à prendre conscience de sa relation destructrice avec son amant et la décide à rompre avec lui.

Cette prise de décision révèle une problématique du choix pouvant être lié à un conflit relationnel phobique avec autrui.

On peut supposer que l'épreuve du choix ou du vécu de l'IVG réactive celle d'une souffrance dans le couple qui semblerait trouver une issue après l'IVG dans la décision de rupture conjugale

En pratique, le soignant pourrait rechercher chez la femme ayant ou allant réaliser une IVG l'existence d'une souffrance personnelle en attente d'énonciation et réactivée par la situation.

4.3.5 Vécu de perte

Plusieurs femmes ressentent une perte après l'IVG. Madame A. manifeste le syndrome de l'enfant de remplacement lié à son IVG forcée il y a 28 ans. Michèle exprime une culpabilité à la réminiscence de son IVG d'il y a 10 ans alors qu'elle se questionne sur le statut de son fœtus malade. Anna vit son avortement non désiré puis sa séparation conjugale dans la douleur, la culpabilité et la dépression.

Ce vécu de perte témoigne de l'existence d'un deuil périnatal non résolu où la perte est difficile à intégrer dans l'histoire personnelle. Il peut durer de nombreuses années au point d'être responsable de deuils transgénérationnels.

Melo écrit qu'une « *IG, même volontaire, nécessite un travail d'élaboration d'un deuil complexe [...] le deuil de cet enfant qui ne naîtra jamais ; le deuil de la grossesse qui a été interrompue ; le deuil de soi comme mère de cet enfant-là ; et aussi le deuil de soi comme enfant réincarné, dans une sorte de projet d'auto-engendrement.* » (22)

On peut supposer que le vécu de perte est d'autant plus intense que le désir d'enfant¹³ est grand.

En essayant d'évaluer ce désir d'enfant¹³ de la femme, le soignant se rendrait mieux compte de l'intensité du deuil périnatal et pourrait proposer un accompagnement plus ciblé. Ce deuil pourrait aussi être repéré à l'occasion d'un autre évènement de fécondité où « *il n'est pas rare de retrouver une ancienne IVG [...] qui n'aura jamais été évoquée par la femme et se sera cristallisée comme un élément traumatique au sein de sa fécondité globale et de son expérience de maternité.* » (43)

4.3.2 Besoin d'accompagnement psychologique

Demande d'accompagnement psychologique

Chez plusieurs femmes, l'IVG est suivie d'une demande d'accompagnement psychologique. Ainsi, pour Léa, Julie, Sarah et une autre jeune femme, cette demande est motivée par l'IVG qu'elles ont réalisée. Madame M. et Clémentine souhaitent continuer le suivi débuté en consultation pré-IVG. Cécilia consulte pour une boulimie, une autre jeune femme pour une dépression, des malaises répétés et une tendance à l'alcoolisation.

Ambivalence à accepter un suivi psychologique

Plusieurs femmes expriment une hésitation avant d'accepter un accompagnement psychologique. Fatia interrompt brutalement le suivi. Justine est indécise à accepter un entretien pour sa demande de troisième IVG. Une jeune femme refuse de rencontrer une psychologue après sa première IVG puis pendant sa deuxième IVG.

Une femme refuse sans ambivalence le suivi précisant que la psychologue n'était utile que pendant l'hospitalisation.

L'ambivalence d'accepter un suivi psychologique peut témoigner en cas de refus, d'une autopunition, d'un déni ou d'une obéissance à l'interdiction parentale. Elle peut révéler

¹³ « Le désir d'enfant peut se décliner comme une combinaison variable de trois composantes : 1) Narcissique : l'enfant est la réincarnation d'un soi-même vierge, une renaissance. 2) Objet narcissique : l'enfant remédie au manque ou au sentiment d'incomplétude. C'est un autre pour Soi, un objet subjectif. 3) Objet objectal : l'enfant de la mère, du père, de l'Autre. (22)

l'existence d'un conflit psychique, d'un désir en attente d'élaboration, d'un besoin de soutien lié à l'IVG.

En pratique, le soignant devrait être vigilant sur le besoin de la femme d'être écoutée après l'IVG. On suppose qu'il pourrait plus facilement le repérer et le prendre en charge au sein d'une relation de confiance préalablement établie telle qu'une relation médecin traitant-patient.

4.3.7 Psychosomatization

Symptômes

Les symptômes sont une boulimie chez Julie, un syndrome de l'enfant de remplacement chez Madame A., des alcoolisations massives et ponctuelles chez une jeune femme, une dépression et des malaises chez une autre femme. Leur lien avec l'IVG peut être révélé par leur manifestation à une date symbolique de la vie de ces femmes : Julie consulte pour sa boulimie neuf mois après son IVG, une jeune femme constate avec surprise la coïncidence entre l'apparition de sa dépression et des malaises et la date de naissance présumée de l'enfant non advenu. Fatia tombe dans un coma éthylique et apprend sa deuxième grossesse issue d'une relation passagère et alcoolisée autour de la date anniversaire de son IVG.

Difficultés à parler et secret de l'IVG

Plusieurs femmes ont des difficultés à parler de leur IVG. Julie et une autre jeune femme n'expriment verbalement aucune émotion à propos de leur IVG mais souffrent d'un mal-être. Nouria, deux jeunes femmes et Fatia abordent difficilement le sujet de leur avortement survenu il y a un an ainsi que Madame T. à propos de son IVG réalisée il y a huit ans, Madame A. sur son IVG datant de vingt-huit ans, Anna et une autre femme sur leur IVG faite il y a plusieurs mois. Cette difficulté à parler de l'IVG peut s'expliquer chez certaines d'entre elles, comme Nouria, par leur décision de la garder secrète.

D'autres femmes comme Antoinette et Michèle n'ont pas de difficulté pour aborder le sujet de leurs deux IVG passées.

La difficulté à parler de l'IVG peut entraîner l'apparition de symptômes psychosomatiques tels que les alcoolisations qui sont ici des tentatives pour remplacer le manque du bébé ou pour oublier le souvenir douloureux d'une IVG non désirée ayant porté

atteinte à la féminité. Ce silence de la femme peut s'expliquer par le sentiment de culpabilité d'avoir transgressé un interdit.

Dans l'étude rétrospective de Coleman, cette addiction a une prévalence plus élevée chez les parturientes ayant un antécédent d'IVG que les autres femmes enceintes (49).

Pour Mytnik, ce silence serait aussi lié à la banalisation de l'IVG et la notion d'une évidence de droit : « *La souffrance de la femme qui a choisi l'IVG serait comme indécente, honteuse, elle semble frappée d'un interdit qui ressemble à un prix à payer. C'est une partie de cet envers du 'droit à l'IVG'.* » (43)

La solution pour lever ce silence consisterait donc à créer des espaces de parole et d'accompagnement dans l'après-IVG : « *Enfouissement et banalisation sont devenus des formes plus affirmées du système défensif inconscient. L'IVG de non droit est devenue l'IVG de non lieu, je m'explique : il n'y a pas de lieu psychique collectif pour l'IVG.* » (43)

4.3.8 Ambivalence de la demande répétée d'IVG

Certaines femmes vivent une autre grossesse après leur IVG. Fatia tombe enceinte au cours d'une relation passagère et alcoolisée et a le sentiment d'en être responsable tout en y étant indifférente. Elle se sent ensuite coupable de sa décision secrète de seconde IVG, ne l'assume pas et la fait valider par sa mère par le biais d'un acte manqué. Michèle est enceinte dix ans après son IVG et est confrontée à une proposition d'IMG qui provoque un questionnement sur le statut enfant ou objet du fœtus, une réminiscence de son IVG et de sa culpabilité, puis une décision d'IMG. Plusieurs femmes sont indécises quant-à la réalisation de leur deuxième ou troisième IVG.

L'ambivalence face à la demande répétée d'IVG et donc à la grossesse répétée révèle l'existence d'un conflit psychique notamment lié à un questionnement identitaire ou à un sentiment de manque, et tenté d'être résolu par une grossesse.

Selon Mytnik, ce conflit psychique conduit la femme à répéter le cycle grossesse-IVG : « *les tentatives de réparations magiques, de déni de la mort [...] emmènent parfois la femme vers des dérives psychopathologiques où elle finit par s'engluer dans une souffrance qui ne trouve pas d'issue, sinon celle du symptôme qui se répète en boucle.* » (43) Selon Melo, la répétition d'IVG est secondaire à un manque d'historicisation de la grossesse : « *Il y a danger de construction d'un non évènement psychique, d'un secteur clivé du reste de l'histoire de la jeune fille, avec le risque d'une répétition automatique de ce comportement.* » (22) On peut

donc supposer que la répétition d'IVG est liée à la mauvaise intégration de celle-ci dans l'histoire de la femme et à un manque d'élaboration du conflit psychique.

En pratique, l'entretien pré-IVG, qui n'est plus obligatoire, trouverait particulièrement sa place dans le cadre des demandes d'IVG répétées. Il permettrait d'élaborer les désirs inconscients de grossesse et d'enfant¹³. La difficulté réside dans l'acceptation de la femme à participer à cet entretien mais aussi dans le manque de temps : « [...] *la temporalité de l'avortement n'est pas uniquement celle de l'urgence de la décision à prendre. La temporalité de l'avortement est aussi celle d'une mémoire particulière -l'inconscient- dont les données ne sont pas directement accessibles à la conscience mais font pourtant les agissements de nos vies.* » (50)

5. Conclusion

Cette étude explore le vécu psychique de la femme après l'IVG par une synthèse de la littérature qualitative francophone en psychologie dont la méthodologie se rapproche d'une métasynthèse descriptive.

Parmi les documents identifiés, 4.3% ont été inclus dans l'étude montrant le peu de publications scientifiques sur ce thème. Les critères d'exclusion ont permis de sélectionner les articles dont l'auteur avait rencontré la femme et rapporté les propos.

Le vécu post-IVG a été appréhendé à travers le regard de vingt-cinq professionnels par l'analyse de leurs entretiens cliniques et études de cas concernant trente femmes. Celles-ci ont un risque de souffrance psychique plus important que la population générale ce qui entraîne un biais de recrutement pour cette recherche.

Le regroupement des analyses compréhensives individuelles a permis de dégager des thématiques pour décrire ce vécu.

La femme peut vivre un sentiment de mal-être ou de culpabilité, un besoin d'accompagnement psychologique, une ambivalence de la demande répétée d'IVG, un conflit relationnel intrafamilial, une violence, des troubles de la conduite alimentaire ou des troubles psychiatriques qui révèlent l'existence d'un conflit psychique. Celui-ci peut être notamment lié à une ambivalence de la décision d'IVG ou bien à un questionnement identitaire, un sentiment de manque tentés d'être résolus par une grossesse. Le vécu témoignerait d'un manque d'élaboration de ce conflit.

La femme peut aussi vivre son IVG sans culpabilité ni besoin d'accompagnement psychologique.

Elle peut connaître un vécu de perte dont le deuil périnatal est parfois transgénérationnel et serait d'autant plus difficile que le désir d'enfant est intense.

La femme peut décider d'un nouveau projet de vie à l'issue de l'IVG où celle-ci aurait ainsi réactivé et permis l'élaboration d'une problématique ancienne.

Enfin, elle peut manifester un silence sur son IVG et, parfois à des dates symboliques, des signes psychosomatiques tels qu'une dépression, des alcoolisations, un syndrome de l'enfant de remplacement. Cette difficulté à parler de l'IVG serait liée à sa culpabilité ou à la banalisation de l'acte.

Cette recherche montre l'existence chez certaines femmes d'un vécu post-IVG plutôt négatif qui fait prendre conscience au soignant de l'intérêt d'en repérer les signes et d'évaluer le besoin d'écoute de ces femmes.

Un accompagnement psychologique après l'IVG pourrait alors être mis en place pour permettre à ces femmes d'élaborer leur demande d'IVG, leur désir de grossesse et d'enfant en écoutant le récit de leur histoire, de leurs relations familiales, de leurs éventuels traumatismes passés, en les aidant à problématiser leur choix et les pertes qui l'accompagnent. L'entretien psycho-social avant l'IVG pourrait en être le préambule.

6.Bibliographie

1. Singh S et al, Guttmacher Institute. Abortion Worldwide : A Decade of Uneven Progress. 2009.
2. United Nations. Abortion Policies A Global Review. 2000.
3. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Rapport sur le développement humain 2011 : annexe statistique. 2011.
4. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):42-60.
5. Aubin C. [Contrepoint]. Vue de l'IGAS.... Une mise en perspective au regard des politiques publiques. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):199-212.
6. Portier F. Adolescentes et mères outre-Manche. Enfances & Psy. 16 nov 2009;n° 44(3):163-173.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. 2010.
8. Coleman, Priscilla. K, Reardon, David C. The psychology of abortion : A review and suggestions for future research. Psychology and Health. avr 2005;20(2):237-271.
9. Frappé Paul. Initiation à la recherche. GMSanté-CNGE. 2011.
10. Beaucher, V, Jutras, F. Etude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. Recherches Qualitatives. 2007;27(2):pp. 58-77.
11. Fernandez, Lydia. La méthode clinique. 2001.
12. Denans. J. Techniques et méthodes en psychologie clinique. Université de Nice;
13. Reapciuk Tatiana. Outils pour analyser un texte-Guide méthodologique constitué de deux perspectives théorique et pratique.

14. Mutombo A, Jambou H, Hannoir S, Bourgain A, Mille C. Lorsque l'expérience traumatique dépasse les fantasmes. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 févr 2003;51(1):19-22.
15. Vacheret C. Reconstruire pour ne pas se détruire. Revue française de psychanalyse. 16 sept 2009;Vol. 73(4):1139-1156.
16. Bastien D. «J'ai tué mon enfant...» Pour penser la clinique de l'IVG. Cahiers de psychologie clinique. 15 oct 2011;n°37(2):149-163.
17. Piret B. Exil, migration et confusion généalogique. Le Coq-héron. 1 déc 2004;n° 179(4):83-102.
18. Hayat M. Il faudrait la " médiquer " un peu. Revue française de psychanalyse. 1 avr 2002;Vol. 66(2):529-540.
19. De Butler A, Bécar F. Le féminin et le maternel, l'angoisse face à la différence. Dialogue. 1 août 2005;n° 169(3):45-60.
20. Frère-Artinian C. Sublimation de la violence et violence de la sublimation, une orientation sans fin ? Revue française de psychanalyse. 1 déc 2005;Vol. 69(5):1641-1646.
21. Sauderais M-P. Cadre(s), transfert et contre-transfert dans la pratique clinique. Dialogue. 10 mai 2007;n° 175(1):97-104.
22. Melo I. Adolescentes enceintes. Adolescence. 1 mars 2006;n° 55(1):141-174.
23. Roman P, Dumet N. Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence. Cliniques méditerranéennes. 22 avr 2009;n° 79(1):207-227.
24. Dubec M. Crime en solitude ? Un cas clinique. Enfances & Psy. 16 nov 2009;n° 44(3):60-74.
25. Dyan J. Violences conjugales et souffrance de l'enfant. Le Journal des psychologues. 1 déc 2011;n° 293(10):67-74.
26. Mytnik B. Le fantasme de magmamatrice. Adolescence. 1 mars 2006;n° 55(1):189-196.

27. Haie B. Le moment adolescent comme moteur de la cure d'adulte. *Adolescence*. 15 déc 2006;n° 58(4):905-912.
28. Duret I. Sexe, mensonge et trahison. De l'emprise familiale au lien fraternel effracté. *Cahiers de psychologie clinique*. 10 sept 2006;n° 27(2):27-37.
29. Parmentier S. La persécution maternelle primaire. *Figures de la psychanalyse*. 17 oct 2011;n° 22(2):39-46.
30. Pernot-Masson A-C. Psychothérapie d'une maman trop attentionnée : un syndrome de Münchhausen par procuration. *La psychiatrie de l'enfant*. 1 mars 2004;Vol. 47(1):59-101.
31. Rousseau P. Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle. *Études sur la mort*. 1 mars 2001;n° 119(1):117-137.
32. Rousseau P. Deuils péri-nataux insuffisamment résolus -Transmissions inter et transgénérationnelles. 2011.
33. Sastre-Garau P. La mélancolie résiste bien à l'épreuve du temps. *Savoirs et clinique*. 23 juin 2008;n° 9(1):92-97.
34. Lerude M. Désaccord. *La clinique lacanienne*. 28 juin 2010;n° 17(1):69-78.
35. Haddad G. Pourquoi une femme se met-elle à boire ? *Savoirs et clinique*. 2011;n° 13(1):40
36. De Galembert D. Destin de naissance... destin de mort : quand naissance et mort se superposent. *Champ psy*. 6 juill 2010;n° 56(4):41-51.
37. Grancho G, Kanapathy T. Quel est le vécu des femmes, hospitalisées pour subir une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, par rapport à la prise en charge infirmière? *Lausanne*; 2008.
38. Langenfeld S. Un conte pour soigner. Accompagnement d'une personne ayant subi un avortement dans un contexte de chantage affectif. *VST - Vie sociale et traitements*. 30 sept 2008;n° 97(1):85-91.
39. Divay S. L'avortement : une déviance légale. *Déviance et Société*. 2004;Vol. 28(2):195

40. Divay S. L'ivg : un droit concédé encore à conquérir. Travail, genre et sociétés. 2003;9(1):220
41. Santiago Delefosse M. Evaluer la qualité des publications. Quelles spécificités pour la recherche qualitative ? C@hiers de Psychologie Politique [en ligne]. juin 2006;(9).
42. Cougle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. Medical science monitor. avr 2003;9(4):CR105-112.
43. Mytnik B. L'acte effacé. Champ psy. 6 juill 2010;n° 56(4):23-39.
44. Cougle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. Journal of anxiety disorders. 2005;19(1):137-142.
45. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC medicine. 2005;3:18.
46. Bianchi-Demicheli F. [Psychiatric and psychological consequences of abortion]. Revue médicale suisse. 14 févr 2007;3(98):401-402, 404, 406-407.
47. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. Archives of general psychiatry. août 2000;57(8):777-784.
48. Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cougle J. State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years. The American journal of orthopsychiatry. janv 2002;72(1):141-152.
49. Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cougle J. A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. American journal of obstetrics and gynecology. déc 2002;187(6):1673-1678.
50. Bailly M. Aux marges du féminin Accueillir et accompagner l'avortement. 2008.

7. Annexes

Annexe I : Précision des équations de recherche.....	p 125
Annexe II : Positionnement de l'étude dans le champ de la recherche.....	p 125
Annexe III : Evaluation de la qualité du matériel	p 126
Annexe IV : Recueil de données sur les caractéristiques des documents.....	p 127
Annexe V : Recueil de données sur les caractéristiques des femmes et de l'entretien, sur l'épisode de l'IVG et les évènements l'ayant précédé	p 129
Annexe VI : Analyse thématique	p 138
Annexe VII : Retranscription et codage du vécu psychique après l'IVG	p 169

Annexe I : Précision des équations de recherche

Les mots-clefs de l'équation de recherche avancée répondaient aux critères suivants : « titre de l'article » puis « texte intégral » en discipline de « psychologie » dans *Cairn.info*, « titre de l'article » dans *Google Scholar*, dans « tous les champs » et par « revue scientifique de psychologie » dans *Persée*, dans « tous les champs » dans *Francis* et *DOAJ*, dans « tous les champs » et dans « toutes les collections » dans *RERO DOC*, dans les disciplines de « santé », « médecine », « sciences de la vie et de la santé », « psychologie », « psychopathologie », « psychanalyse », « psychologie du travail », « psychologie cognitive », ou « psychologie clinique et pathologique » dans *theses.fr*, dans le « texte intégral » avec pour type de ressource des « articles » ou des « mémoires » ou des « thèses » dans *SantéPsy*, dans le « résumé » et dans « tout le dépôt » dans *le dépôt institutionnel numérique Papyrus*, dans « tous les mots » et dans « le catalogue des thèses disponibles en ligne » dans *BIU Santé médecine*, avec pour type de ressource « des articles de périodique » dans *Doc'CiSMeF*.

Les bases de données étaient fournies par les sites internet des universités francophones d'Angers en France, de Genève et Neuchâtel en Suisse, de Louvain en Belgique, de Montréal au Canada.

Annexe II : Positionnement de l'étude dans le champ de la recherche (9)(10)

<i>Etapes</i> <i>Type d'étude</i>	<i>Echantillonnage</i>	<i>Recueil des données</i>	<i>Analyse des données et discussion</i>
<i>Etude qualitative primaire standardisée</i>	Personnes « participants »	Recueil du verbatim de chaque personne	Codage et analyse thématique de chaque verbatim, regroupement et hypothèses
<i>Revue systématique de la littérature</i>	Etudes quantitatives	Résultats des études	Synthèse des résultats et hypothèses
<i>Méta-analyse quantitative</i>	Etudes quantitatives	Recueil des données brutes de chaque étude	Analyse statistique et résultats statistiques bruts
<i>Méta-analyse qualitative</i>	Etudes qualitatives standardisées	Résultats des études	Synthèse des résultats pour une vue d'ensemble du phénomène étudié
<i>Métasythèse descriptive</i>	Etudes qualitatives standardisées	Recueil des données brutes de chaque étude	Codage et analyse thématique de chaque étude, regroupement des thèmes, analyse compréhensive du phénomène étudié
<i>Synthèse qualitative sur le vécu psychique de la femme après l'IVG</i>	Documents qualitatifs de bases sciences humaines et pluridisciplinaires	Recueil des données brutes de chaque document	Codage et analyse thématique de chaque document, analyse compréhensive du vécu de chaque femme, regroupement thématique, analyse compréhensive global du vécu étudié

Annexe III : Evaluation de la qualité du matériel

Critère d'évaluation : N° du document (++ très présent + présent)	Méthodologie			Forme du discours utilisé		
	étude qualitative primaire	étude de cas	entretiens cliniques	discours direct	discours indirect	discours indirect libre
1 Léa		×		+	+	++
2 Geneviève		×		+		++
3 Julie			×	++		++
4 une femme			×	+		++
5 Esther		×		+		++
6 Antoinette			×	+		++
7 Julie		×		+	+	++
8 Madame M.		×		+		++
9 Fatia		×		++		++
9bis Clémentine			×			
10 Cécilia		×		++		++
11 Nadège		×		+		++
12 Madame T.		×		++	++	++
13 Sarah			×	+		++
14 Yasmina			×	+		++
14bis Justine			×			
15 Luna		×			++	++
16 Nouria		×		+	++	++
17 Madame P.		×		++	+	++
18 Madame A.			×	+	++	
19 Madame B.		×		++	+	++
20 Jeune femme		×		++		++
21 Jeune femme			×	++		
22 Michèle		×		+		++
23. 3 Jeunes femmes	×			++		
24 Anna			×	++		++
25. 2 Jeunes femmes	×			++	+	++

Annexe IV : Recueil de données sur les caractéristiques des documents

n° du document \ caractéristiques	Nom de la revue scientifique	Profession de l'auteur (profession du 1^{er} auteur si l'ouvrage est collectif)	Pays & ville exercice de l'auteur	Nature du document	Date de parution	Titre du document
1	Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence	Pédopsychiatre	France, Amiens	Article	2002	Lorsque l'expérience traumatique dépasse les fantasmes
2	Revue française de psychanalyse	Psychanalyste	France, Lyon	Article	2009	Reconstruire pour ne pas se détruire
3	Cahiers de psychologie clinique	Psychologue & psychanalyste	Paris & Bruxelles	Article	2011	« J'ai tué mon enfant... » Pour penser la clinique de l'IVG
4	Le Coq-héron	Psychanalyste	France	Article	2004	Exil, migration et confusion généalogique
5	Revue française de psychanalyse	Psychanalyste	France, Paris	Article	2002	Il faudrait la « médiquer » un peu
6	Dialogue	Thérapeute de couple	France	Article	2005	Le féminin et le maternel, l'angoisse face à la différence
7	Revue française de psychanalyse	Psychanalyste	France, Saint-Etienne	Article	2005	Sublimation de la violence et violence de la sublimation, une orientation sans fin ?
8	Dialogue	Conseillère conjugale, thérapeute, psychanalytique de couple	France	Article	2007	Cadre(s), transfert et contre-transfert dans la pratique clinique
9	Adolescence	Psychiatre & psychanalyste	Suisse, Genève	Article	2006	Adolescentes enceintes
10	Cliniques méditerranées	Psychologue	France, Lyon	Article	2009	Des corps en acte, désymbolisation/symbolisation à l'adolescence
11	Enfance & Psy	Psychiatre & psychanalyste	France, Paris	Article	2009	Crime en solitude ? Un cas clinique
12	Le journal des psychologues	Psychologue	France	Article	2011	Violences conjugales et souffrance de l'enfant
13	Adolescence	Psychologue	France, Saint Ouen sur Morin	Article	2006	Le fantasme de magmatrice
14	Adolescence	Psychologue	France, Tours	Article	2006	Le moment adolescent comme moteur de la cure d'adulte

n° du document caractéristiques	Nom de la revue scientifique	Profession de l'auteur (profession du 1^{er} auteur si l'ouvrage est collectif)	Pays & ville exercice de l'auteur	Nature du document	Date de parution	Titre du document
15	Cahiers de psychologie clinique	Psychologue & psychothérapeute	Belgique, Bruxelles	Article	2006	Sexe, mensonge et trahison. De l'emprise familiale au lien fraterno effracté
16	Figures de la psychanalyse	Docteur en linguistique & psychanalyste	France	Article	2011	La persécution maternelle primaire
17	La psychiatrie de l'enfant	Pédopsychiatre & thérapeute familiale	France, Paris	Article	2004	Psychothérapie d'une maman trop attentionnée : un syndrome de Münchhausen par procuration
18	Etudes sur la mort	Gynécologue-obstétricien	Belgique, La Louvière	Article & annexe	2001	Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle
19	Savoirs et clinique	Psychiatre & psychanalyste	France, Lille	Article	2008	La mélancolie résiste bien à l'épreuve du temps
20	La clinique lacanienne	Psychanalyste	France, Paris	Article	2010	Désaccord
21	Savoirs et clinique	Psychiatre & psychanalyste	France, Paris	Article	2010	Pourquoi une femme se met-elle à boire ?
22	Champ psychosomatique	Psychologue	France, Paris	Article	2009	Destin de naissance...destin de mort : quand naissance et mort se superposent
23	Document non publié	Etudiante infirmière	Suisse, Lausanne	Mémoire de fin d'étude	2008	Quel est le vécu des femmes, hospitalisées pour subir une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, par rapport à la prise en charge infirmière ?
24	Vie sociale et traitements	Infirmière de secteur psychiatrique	France	Article	2008	Un conte pour soigner ; Accompagnement d'une personne ayant subi un avortement dans un contexte de chantage affectif
25	Déviance et Société	Docteur en sociologie, conseillère conjugale	France, Rouen	Article & annexe	2004	L'avortement : une déviance légale

Annexe V : Recueil de données sur les caractéristiques des femmes et de l'entretien, sur l'épisode de l'IVG et les évènements l'ayant précédé

n° du document	Prénom Age Pays d'habitation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
1	Léa, 16 ans, France	A un petit ami, pas d'enfant	NP	Suivi pédopsychiatrique demandé par le service de rééducation pour anorexie mentale, service où elle vient d'être hospitalisée pour paraplégie et gastrectomie secondaires à un accident de la voie publique dans lequel son père est décédé	Une IVG quelques mois avant l'accident, avec le même petit ami	Fracture du fémur avec longue immobilisation à 9 ans lors d'un 1 ^{er} accident de la voie publique
2	Geneviève, 40 ans, France	Vit avec son mari et deux de ses enfants adolescents	A fait des études supérieures A un poste à lourdes responsabilités	Suivi psychanalytique de plusieurs années, initialement demandé par son mari et un thérapeute conjugal pour de nombreux conflits conjugaux	Une IVG il y a plusieurs années, alors qu'elle était mariée et avait déjà des enfants, « elle était très déprimée et ne se sentait plus capable de s'occuper convenablement de ses enfants »	Terreurs nocturnes suite à un déménagement et la naissance de la petite sœur alors que Geneviève a 3 ans Jeux sexuels de la part des frères où elle a été culpabilisée par sa tante, Solitude dans l'enfance
3	Julie, 23 ans, Belgique	A un petit ami, pas d'enfant, vit chez ses parents	Etudiante Ses parents fleuristes	Suivi psychologique demandé par le médecin généraliste pour mal-être	Une IVG il y a neuf mois avec le même petit ami, à 5 mois de grossesse, en Angleterre, sur décision de sa mère « Julie a laissé sa mère décider »	Troubles boulimiques dans l'enfance

n° document	Prénom Age Pays d'habi- tation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
4	Une femme immigrée en France	Vit avec son mari et ses enfants, musulmane pratiquante	Ouvrière	Entretiens à la demande du psychiatre qui suit son fils aîné pour un épisode délirant survenu dans son pays d'origine après avoir transgressé un interdit : fumer un joint	Une IVG il y a plusieurs mois, d'abord sur insistance de son mari, puis avec sur sa propre décision pour ne pas perdre son nouvel emploi, et peu avant le premier épisode délirant aigu de son fils aîné qui n'est pas au courant de l'IVG	NP
5	Esther, 28 ans, France	Vit avec son ami, pas d'enfant, religion différente de celle de son ami	A une vie professionnelle	Double suivi psychiatrique demandé par sa psychanalyste pour co-thérapie d'un trouble psychotique évoluant depuis quelques mois	Une IVG, avec le même petit ami, réalisée quelques mois avant l'apparition du trouble psychotique	Enfance « trop » sage au sein d'une famille accaparée par sa sœur cadette atteinte de cardiopathie congénitale Multiples expériences affectives et sexuelles à l'adolescence et décès de sa sœur alors qu'Esther a 24 ans
6	Antoinette, France	Vit avec son mari depuis 15 ans, sans enfant	NP	Thérapie individuelle puis de couple en raison d'une vie affective et sexuelle inexistante	Deux IVG il y a 10 ans, alors qu'elle était mariée, car « pour elle, il n'était pas question d'être mère »	Fille unique d'un père adoré qui avait de nombreuses maîtresses, sa mère le vivait très mal, mais pas Antoinette
7	Julie, France	Vit avec son petit ami, pas d'enfant	Soignante en maison de retraite, sculptrice amatrice	Psychanalyse	Deux IVG avant la prise en charge psychanalytique La deuxième IVG était « exigée par son conjoint mais non voulue par elle »	-Pression de ses grands-parents paternels pour faire avorter sa mère enceinte d'elle -Maltraitance dans l'enfance par sa mère et sa grand-mère maternelle, avec passivité du père trompé par sa femme
8	Madame M, 35 ans, France	Vit avec son mari et ses 3 enfants de 8, 5 et 2 ans	Secrétaire, en congé parental, aide à l'exploitation viticole	Suivi par la conseillère conjugale à la demande de la patiente, écoute débutée avant une IVG, poursuivie après	Une IVG à sa demande, en « pleine crise conjugale, sans contraception pour marquer son souhait d'arrêter les rapports sexuels » Son mari n'est pas au courant	-Timidité, pas de prise d'initiative depuis l'enfance, à l'école, au travail -Goût pour la solitude -Mésentente du couple

n° document	Prénom Age Pays d'habitation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
9	Fatia, 17ans, Suisse, famille réfugiée politique à Genève depuis 15 ans	Vit chez ses parents, célibataire, musulmane moins pratiquante qu'eux	Lycéenne aux excellents résultats, père médecin, mère infirmière	Consultation psychiatrique avant une 2 ^{ème} demande d'IVG à 9 semaines de grossesse (consultation systématiquement proposée aux 16-18 ans demandant l'IVG dans cette maternité)	Une IVG à l'âge de 15 ans, il y a un peu plus d'un an, en clinique privée, sur décision de sa mère, sans son avis à elle ni celui de son petit ami de l'époque qui avait 23 ans & était demandeur d'asile : ils voulaient un enfant qui « viendrait sceller leur amour et le rendrait public »	NP
9	Clémén- tine, 18 ans, Suisse	En colocation, avait eu le projet d'un appartement avec son petit ami qu'elle vient de quitter	A un emploi	Suivi psychiatrique débutée avant et poursuivie après l'IVG (consultation systématiquement proposée aux 16-18 ans demandant l'IVG dans cette maternité)	Une IVG quelques jours avant l'expiration du délai légal, à sa demande, après en avoir informé son ex-petit ami Grossesse suite à l'abandon brutal, de sa pilule « qu'elle prenait scrupuleusement jusque-là », dans la semaine qui suit un accident de voiture	Décès de 3 amis et seule survivante d'un accident de voiture lors de sa soirée d'anniversaire Séparation volontaire de sa part avec son ami après s'être aperçue de sa grossesse
10	Cécilia, 24 ans, France	Célibataire, sans enfant	Arrêt des études à l'âge de 21 ans En recherche d'emploi	Suivi psychologique à sa demande pour un mal de vivre et crises de boulimie survenant environ deux fois par jour, depuis un an	Une IVG il y a 1 an, quelques mois après le départ de sa mère, à la demande de Cécilia, en raison de sa « grossesse, imprévue, impossible à mener à son terme dans le contexte de la relation insatisfaisante entretenue avec son ami du moment, 'un garçon volage' »	-Séparation de ses parents à 14 ans, départ de sa sœur dans les ordres restant seule avec sa mère - Probable anorexie entre 14 et 19 ans, puis prise de poids de 12 kg entre 19 et 22 ans -Divorce de ses parents à 21 ans, querelles parentales -Départ de sa mère à 400 km la laissant seule dans la maison alors qu'elle recherchait travail et appartement, et constat de sa prise de poids entraînant l'arrêt du sport

n° document	Prénom Age Pays d'habi- tation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
11	Nadège, 24 ans, France	Vit en couple sans enfant	A abandonné ses études pour un job de serveuse, issue d'une famille aux grosses difficultés financières et sociales	Entretiens psychiatriques dans le cadre d'une enquête judiciaire : inculpée d'homicide involontaire suite à l'accouchement dans la cuvette de ses WC d'un bébé à terme, vivant, viable puis mort d'une inondation bronchique, grossesse seulement connue du couple et non suivie	Une IVG il y a 2 ans, à plus de 11 semaines de grossesse, en Hollande, sur décision mutuelle avec le même petit ami, après persistance de nausées et de dégoût d'odeur malgré une contraception du lendemain prescrite par son médecin alors qu'un test urinaire de grossesse effectué en pharmacie était déjà positif, sa mère ne le sait pas	-Enfance et adolescence heureuses par l'harmonie familiale, la présence constante de sa mère au foyer, et dissimulation à ses amies de sa pauvreté -Divorce de ses parents vers l'âge de 16 ans suite à la découverte par sa mère de l'infidélité du père, entraînant une séparation avec son père et sa grand-mère -Décision de rompre la relation avec son père qui a refait sa vie et a eu 2 enfants -Rôle de mère de remplacement de ses deux jeunes frères en raison de la dépression maternelle
12	Madame T, 29 ans au moins, France, a vécu de 6 à 21 ans au Maghreb	Vit avec son mari et ses 3 enfants, deux filles de 8 ans et 18 mois, un fils de 3 ans, culture musulmane : toutes ses sœurs sont voilées sauf elle,	A quitté son emploi pour harcèlement sexuel	Suivi proposé à Madame T. par la psychologue de la PMI prenant en charge son fils, à la demande urgente de l'école, car il est « incontrôlable, très agité et perturbant considérablement la classe »	Une IVG il y a plus de 8 ans, mariée, sans enfant, suite à un viol avec un inconnu	-Témoin de son père battant sa mère -Victime d'inceste par un grand-frère de 6 à 12 ans -Mère qui ne la protégeait pas, « prise dans la violence subie du père » -Mariée vers 21 ans dans le but de s'enfuir de chez elle, immigrée à 21 ans, battue, violentée par son mari depuis le début de son mariage -Violée à cause d'une tante ; elle était déjà mariée, elle n'avait pas encore d'enfant, « sa tante l'aurait fait boire, et contre de l'argent, l'aurait laissée à un homme dans un hôtel »
13	Sarah, 18 ans, France	NP	NP	Suivi psychologique à la demande de la patiente à cause de son IVG	Une IVG il a quelques mois	Enfance vécue auprès de sa mère dépressive depuis la mort de son bébé à 8 mois de grossesse, peu de temps avant la naissance de Sarah

n° document	Prénom Age Pays d'habitation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
14	Yasmina, 35 ans, France, père algérien immigré en France	Vit seule depuis qu'elle a quitté le père de ses enfants il y a 10 ans, celui-ci ayant obtenu leur garde, enfants actuellement en période d'adolescence	A perdu son emploi	Entretien psychologique à la demande de la patiente dans un contexte de démarche médicale pour prise de contraception dans un centre d'orthogénie	Une IVG à l'adolescence, suite à une relation avec « le premier venu », « tout s'est déroulé sans trop réfléchir », « plus soumise à la décision de sa mère qu'à son désir », et puis parce que « c'était la honte »	Séparation de ses parents alors qu'elle a 14 ans suivie du retour en Algérie de son père « qu'elle vénérait », et des nombreux séjours de sa mère chez la sœur de celle-ci « Livrée à elle-même » à partir de cette séparation : souvenir d'une coupure d'électricité dans « l'appartement familial déserté par sa mère », arrêt de sa scolarité après des absences répétées
14	Justine, 32 ans, France	Vit avec son petit ami, pas d'enfant	Stripteaseuse	Entretien psychologique sur insistance du médecin du centre d'orthogénie où elle demande une 3 ^{ème} IVG	Deux IVG avec le même petit ami, sur décision mutuelle, mais surtout à sa demande à lui qui, séparé de la mère de son 1 ^{er} enfant à la naissance, ne veut pas « se risquer dans une autre paternité »	Pendant l'enfance, « cachée » par ses parents à ses grands-parents Révélation à ses 18 ans par une tante, de sa naissance par procréation médicalement assisté Révélation suivie de l'abandon de son cursus scolaire brillant, de sorties nombreuses, d'un travail de stripteaseuse
15	Luna, 14 ans, Belgique	Vit chez ses parents, célibataire, sans enfant, 2 frères étudiants, Joël 20 ans et Fabian 22 ans, famille très catholique	Collégienne, mère sage-femme, père commissaire de police	Psychothérapie familiale à la demande de ses parents à cause de son IVG	Une IVG très récente sur décision mutuelle des parents et de Luna, décision « pesée et réfléchie » et sans regret des parents selon sa mère « bien qu'ils soient tous deux philosophiquement et éthiquement contre », et dont les grands-parents, qui ne vivent pas en Belgique, ne sont pas informés	Notion d'une tante maternelle et d'une tante paternelle ayant fait la honte de leur famille respective et devenues leurs « victimes sacrificielles » Violence sexuelle par son frère Fabian à l'âge de 6 ans Deux tentatives d'en parler à ses parents, à l'âge de 6 ans puis au moment de sa grossesse, avec incrédulité des parents

n° document	Prénom Age Pays d'habi- tation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
16	Nouria, France, d'origine algérienne	Vit avec son mari, a 3 filles dont la dernière, Sarah, a 1 mois, a 2 sœurs aînées, musulmane	Assistante dentaire, son mari est technicien	Entretien psychanalytique en présence de son mari et de Sarah, à la demande de son psychiatre, pour elle et pour Sarah « qui ne dort pas, pleure tout le temps et refuse aussi bien le sein que le biberon »	Deux IVG depuis la naissance de sa 2 ^{ème} fille : « elle ne pouvait supporter aucune contraception » et n'avait jamais voulu d'enfant. Attendant à chaque grossesse que son mari lui dise d'avorter, il lui laisse à chaque fois prendre seule la décision	-Refus de son père d'avoir des filles : scandale à la naissance de la 1 ^{ère} , disparition pendant plusieurs mois à la naissance de la 2 ^{ème} , abandon de sa famille et immigration en France à la naissance de Nouria -Echec de sa mère à se faire avorter de Nouria par tous les moyens, puis maltraitance par sa mère qui la frappe et refuse de la laver, de l'habiller, de la berger, -Immigration en France à l'âge de 7 ans avec ses sœurs et sa mère qui s'était prostituée et était rejetée par toute sa famille, puis décès de sa mère d'un cancer à l'âge de 36 ans et prise progressive d'indépendance à 16 ans -Naissance de Sarah en état de mort apparente nécessitant une hospitalisation de 17 jours en réanimation néonatale
17	Madame P., France	Vit avec son mari, 2 fils, Antoine et Adrien	Secrétaire, mère au foyer, mari militaire	Suite à ses révélations d'inceste dans l'enfance, psychothérapie de plusieurs années, initialement demandée et prise en charge par la pédopsychiatre d'Adrien, 5 ans et demi, qu'elle suit pour encoprésie	Quelques mois avant le début de la psychothérapie, suite à un « oubli » de contraception, une IVG sur décision mutuelle avec son mari, pour pouvoir accompagner sa sœur malade dont ils viennent d'apprendre qu'elle est mourante Quatre IVG environ 3 ans après la première, à la suite de conceptions volontairement provoquées	-Violences physiques, verbales, vols d'objets, de nourriture, et multiples examens génitaux imposés par sa mère dans son enfance, ces derniers pour vérifier l'absence de signes de masturbation, interdit maternel que Madame P. transgressait -Inceste par son grand-père maternel durant une grande partie de son enfance -Relations conflictuelles de ses parents, automutilations génitales, mariage avec l'ancien petit ami de sa sœur, idées obsessionnelles à thème sexuel -Fausse-couche de sa sœur dont elle se réjouit ; elle réussit enfin « là où sa sœur échoue » -2 ^{ème} grossesse non désirée et réalisée pour sa mère et son mari qui veulent une fille, vécue dans la solitude, avec des tentatives d'avortement par masturbations traumatiques -Maltraitance envers ses 2 enfants

n° document	Prénom Age Pays d'habitation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
18& An-nexe	Madame A., 55 ans, Belgique	Vit avec son mari, 1 fille, plusieurs petits-enfants	NP	Suivi gynécologique à la demande de la patiente pour des bouffées de chaleur	Une IVG il y a 28 ans, sur décision de son mari qui ne voulait pas d'un second enfant	NP
19	Madame B., France	Vit avec son mari, 4 enfants	NP	Suivi et hospitalisations psychiatriques depuis cinq années pour mélancolie suite au suicide de sa belle-sœur	Une IVG « il y a bien longtemps »	Fille unique élevée par sa grand-mère maternelle décédée à ses 5 ans
20	Une jeune femme, 30 ans, France	Vit avec son ami depuis un an, pas d'enfant, parents croyants catholiques	A fait de bonnes études, est cadre dans une banque	Suivi psychanalytique pour malaises à répétition et dépression	Une IVG il y a 9 mois avec son conjoint actuel, « un avortement voulu, choisi, en total accord avec son partenaire », car « c'était une évidence, c'était trop tôt : 'on ne pouvait pas prendre le risque de mettre au monde un enfant dont les parents ne seraient pas restés ensemble' »	A quitté son ancien ami qu'elle connaissait depuis 11 années et « qu'elle aimait aussi, mais 'comme un frère' » pour choisir son conjoint actuel
21	Une jeune femme France	NP	Etudiante en fin de cursus	Suivi psychiatrique ou psychanalytique	Une IVG à l'âge de 18 ans car « il fallait bien ! Nous étions trop jeunes et lui n'en voulait pas. »	NP
22	Michèle 30 ans environ France	Mariée, pas d'enfant, enceinte de 5 mois, son mari part souvent en déplacement professionnel de plusieurs mois	NP	Suivi psychologique suite à la proposition d'IMG par les médecins en raison d'une anomalie cérébrale sévère d'origine virale du fœtus	Une IVG il y a 10 ans	NP

n° document	Prénom Age Pays d'habitation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
23	1 ^{ère} jeune femme Une trentaine d'années Suisse	Pas d'enfant	A étudié « dans le tourisme »	Entretien semi-directif par une étudiante infirmière, dans le cadre d'une étude qualitative sur le vécu de l'IVG médicamenteuse chez une femme recrutée par le biais d'une association ¹⁴	Deux IVG, la première il y a quelques années dans le même contexte que la deuxième il y a environ 2 ans, sur sa décision car « c'est arrivé par accident », elle devait partir en stage à l'étranger et « n'était pas prête pour avoir un enfant »	NP
23	2 ^{ème} jeune femme Une quarantaine d'années Suisse	Divorcée il y a trois ans et demi environ, une fille de trois ans et demi	Ne travaille pas	Entretien semi-directif par une étudiante infirmière, dans le cadre d'une étude qualitative sur le vécu de l'IVG médicamenteuse chez une femme recrutée par le biais d'une association ¹³	Une IVG il y a environ 3 ans avec son nouveau conjoint qui ne souhaitait pas garder l'enfant et qu'elle a essayé de faire changer d'avis sans y réussir : elle a alors pris la décision d'avorter « ne supportant pas l'idée d'avoir un enfant 'sans père' ». IVG compliquée d'une septicémie, d'une hospitalisation de 7 mois, puis d'une stérilité	NP
23	3 ^{ème} jeune femme environ 29 ans Suisse	Pas d'enfant	Enseignante	Entretien semi-directif par une étudiante infirmière, dans le cadre d'une étude qualitative sur le vécu de l'IVG médicamenteuse chez une femme recrutée par le biais d'une association ¹³	Une IVG il y a environ 2 ans sur sa décision à elle : « le couple ne s'est pas protégé lors des premiers rapports sexuels », « ça n'a pas été un choix évident mais je n'aurais pas voulu avoir cette personne dans ma vie toute ma vie »	NP

¹⁴ Association AGAPA Suisse Romande : Association des Groupes d'Accompagnement-Perte de grossesse-Abus-Maltraitance-Négligence

n° document	Prénom Age Pays d'habi- tation	Situation familiale et culture religieuse	Statut social	Nature, motif et initiateur de la rencontre	Evènement de l'IVG : date, circonstances, motif Antécédents d'IVG	Evènements de vie avant l'IVG exprimés par la femme
24	Anna 25 ans France	Célibataire, sans enfant	Secrétaire	Entretien unique durant une hospitalisation en psychiatrie demandée par son médecin traitant pour état dépressif réactionnel à une rupture sentimentale	Une IVG il y a quelques semaines, dans le contexte suivant : « un jour, elle apprend qu'elle est enceinte. Elle a l'espoir, à ce moment-là, que le comportement de son amant va changer et qu'il va clarifier enfin la situation. » Celui-ci l'accusait alors de vouloir utiliser cet enfant pour faire pression sur lui, semblant « projeter sur elle sa propre manière de se comporter ». Il lui fait subir un chantage affectif : « qu'elle avorte, 'sinon il se chargera bien de faire savoir à son enfant qu'il n'est qu'un bâtard et il saura le détruire à petit feu' ».	Il y a 2 ans, elle a été l'objet des assiduités de son patron qui devint son amant en lui promettant de divorcer de sa femme actuelle Isolement social, souffrance mentale et baisse de sa créativité artistique secondaires à cette relation et à la personnalité de cet homme : « Il a manifesté un comportement manipulateur et destructeur très caractéristique, exerçant sur elle un contrôle, l'amenant à se couper de ses amis ainsi que de sa famille. » « Une autre caractéristique du comportement pervers manipulateur est qu'il manie sans cesse le chaud et le froid [...] 'Tu n'as aucune valeur à mes yeux, mais je ferai tout pour te garder.' »
25& An- nexes	Barbara 34 ans France	Mariée, 2 enfants	Comptable	Entretien pré-IVG pour une demande de 2 ^{ème} IVG à 8SA, avec une conseillère conjugale, dans le cadre d'une étude qualitative sur le rapport des femmes à la déviance de l'IVG, selon l'hypothèse que l'IVG est moralement critiquable	Une IVG il y a 15 ans suite à son 1 ^{er} rapport sexuel, sans contraception	NP
25& An- nexes	Michèle 20 ans France	En couple, sans enfant	Etudiante en DEUG 2 en lettres	Entretien pré-IVG pour une demande de 3 ^{ème} IVG à 5SA, avec une conseillère conjugale, dans le cadre de la même étude qualitative (voir ci-dessus)	Deux IVG	NP

Annexe VI : Analyse thématique

	Expression de la femme sur son vécu après l'IVG	Interprétation cette expression par l'auteur
1 Léa	<p>Plaintes abdominales importantes⁵</p> <p>Difficultés à réaliser le décès de son père^{5 9 11}</p> <p>Tension avec ses parents secondaire à l'IVG^{1 1BIS 2}</p> <p>Anorexie mentale secondaire à l'IVG^{3 3BIS}</p> <p>Projet de rendez-vous avec le psychiatre pour ces problèmes (IVG et anorexie mentale) juste avant l'accident⁴</p> <p>Souvenir d'un flou sentiment de joie d'être en famille le jour de l'accident^{6 7 8}</p> <p>Souvenir qu'elle a réalisé ne plus sentir ses jambes⁸</p> <p>Pressentiment qu'elle finirait en fauteuil roulant¹⁰</p> <p>Angoisse inexplicable^{12 14}</p> <p>Un rêve que sa famille la reconstruisait¹³</p> <p>Perturbation à cause de sa sonde d'alimentation¹⁵</p> <p>Espoir de retrouver une autonomie en se nourrissant elle-même¹⁵</p> <p>Maltraitante de la partie paralysée de son corps^{16 17 18 38}</p> <p>Repli sur soi^{20 22}</p> <p>Conscience de son corps^{21BIS 22BIS}</p> <p>Critique de son auto-agressivité^{21BIS}</p> <p>Distanciation avec sa mère^{21BIS}</p> <p>Volonté de guérison^{21BIS}</p> <p>Son père ne la voyait pas grandir²</p>	<p>Défaut de représentation, absence d'effraction psychique, sidération de la pensée^{43 21 10 15 4 16 30 42} secondaire aux facteurs[*] antérieurs à l'accident^{13 14 1 2}, au traumatisme de l'AVP¹⁵, aux mécanismes de défense^{4 9}</p> <p>Fragilité du sentiment d'autonomie et d'identité secondaire au traumatisme de l'AVP^{43 17 18 20}, aux facteurs[*] antérieurs à l'accident⁵²</p> <p>Blocage de l'élaboration du conflit affectif par sa culpabilité d'avoir eu des relations sexuelles trop tôt^{44 1 36} & fantasmes d'agressivité envers son père non élaborés^{44 1} suite au décès du père^{44 1 36}</p> <p>Plaintes abdominales disproportionnées / aux conséquences de l'AVP^{53BIS}</p> <p>Sexualité refusée par son père⁵⁰ / Conflit avec ses parents secondaire à l'IVG^{3 1}</p> <p>Rêve de réparation présageant un long travail de reconstruction^{11 12}</p> <p>Confrontation à une série de deuils et de problèmes intriqués les uns aux autres⁴⁷</p> <p>Angoisses d'abandon^{44BIS 24BIS 32}</p> <p>Problématique anorexique = image du corps défaillant^{52 5 51 34 2 7} secondaire au conflit affectif², à l'expression d'un mécanisme de défense : déni, clivage^{4 24BIS 6BIS 8} (facteurs[*] antérieurs à l'accident)</p> <p>Clivage physique et psychique de son corps^{4 46 5 11BIS 11TER 38 6BIS}</p> <p>Mécanismes de défense renforcée par la sidération de la pensée de l'AVP^{4 24BIS 34 6BIS 8} (déni, clivage)</p> <p>Fantasme d'un esprit sans corps⁵</p> <p>Prise d'autonomie rapidement retrouvée par le contrôle des sondes^{19 31 33}</p> <p>Récidive des conduites anorexiques⁵¹ et seconde hospitalisation à la date anniversaire de l'accident²⁶</p> <p>Complications physiques⁵⁶ amorçant un mouvement dépressif^{56 22} / un sentiment d'unité corporelle^{44 23 24 53 39 45 40 41 42} via le corset^{27 40} / un changement^{22 24}=expression des affects dépressifs²⁵</p> <p>Effraction psychique^{45 40 42} / Mise à distance de son entourage lui permettant de repérer son espace psychique et son désir propre^{44 35} / Désir de guérison²⁴</p> <p>Angoisses secondaires à la perte de contrôle sur son alimentation^{24BIS 31}</p> <p>Autonomie précède la séparation^{33 37} / Problématique anorexique secondaire au conflit affectif²</p>

2	Geneviève	<p>Plainte d'être démolie en permanence par son mari^{IBIS}</p> <p>Manque d'affection et de soutien parental¹</p> <p>Anxiété, terreurs nocturnes^{3 2 35}</p> <p>Sentiment d'oppression et de colère en position allongée sur le divan^{4 29}</p> <p>Sentiment d'oppression aux marques d'affection de son mari⁵</p> <p>Blocage au niveau sexuel⁶ / Refus de séduire^{7 8}</p> <p>Sentiment d'injustice^{11 9}</p> <p>Coupable¹² ou victime^{12 14 18 23 24}</p> <p>Sentiment de colère⁹</p> <p>Sentiment d'humiliation^{9 23} / Sentiment d'incompréhension⁹</p> <p>Souffrance^{10 17 20 32 28}</p> <p>Expérience de tester ses limites physiques^{34 36} source d'angoisse^{15 16 17}</p> <p>Tristesse¹⁹</p> <p>Besoin et manque de reconnaissance de sa souffrance^{21 32 22}</p> <p>Tendance à la maîtrise et la manipulation^{29 40 39}</p> <p>Liens conflictuels, passionnels, destructeurs avec ses collègues^{31 27 39}</p> <p>Pratiques masturbatoires³⁰</p> <p>Sentiment de vide qui disparaît au cours de la psychanalyse^{31BIS}</p> <p>Sentiment d'être plus pleine qu'au début de la psychanalyse^{31BIS}</p> <p>Besoin de lutter contre sa souffrance, ce manque de reconnaissance de sa souffrance³³</p> <p>Sentiment de rancœur envers son mari qui n'est pas intervenu dans la décision d'IVG²⁵</p> <p>Sentiment de tristesse à l'idée d'avoir pris la décision seule²⁶</p> <p>Souffrance, sentiment de culpabilité de sa violence dans la relation^{27 28}</p> <p>Difficultés à faire le lien entre son vécu physique (terreurs nocturnes, risque sportif, risque chirurgical, répulsion physique de son mari, IVG) et son vécu psychique³⁷</p> <p>Blessures dans l'enfance liées à la sexualité et l'injustice³⁸</p>	<p>Etat de grande détresse^{IBIS}</p> <p>Etat de rage contre son mari et le thérapeute^{IBIS}</p> <p>Tristesse, dépression^{IBIS 1 14 27 30 31} / Rage, colère^{IBIS 14 30 31 43}</p> <p>Acceptation de se remettre en question^{2BIS}</p> <p>Considération que son mari devrait aussi se remettre en question^{2BIS}</p> <p>Dépression essentielle, phobie lié à des blessures de l'enfance (abandon, jeux sexuels)^{1 28 29}</p> <p>Attentive à ce que peuvent vivre ses enfants, identification²</p> <p>Souffrance au sein de ce travail analytique³</p> <p>Dénégation de son vécu douloureux des séparations⁴</p> <p>Représentation de la séduction méprisable, honteuse^{5 7 9}, à éviter à tout prix¹³, dangereuse^{5 8 12}</p> <p>Comportements marqués par la répétition¹¹</p> <p>Manifestations d'angoisses déstructurées³⁶, angoisses, phobies¹¹</p> <p>Violence impliquée par cette lutte contre ce manque de reconnaissance de sa souffrance^{13 32 44}</p> <p>Recherche d'une validation ou non de sa vie lié à un sentiment d'abandon dans son enfance^{13 33 34}</p> <p>Refus d'être soumise au désir de l'autre²⁶</p> <p>Son lien à l'autre est fait de violence^{32 22 44} c'est un mécanisme de défense⁴⁸</p> <p>Expression par l'IVG d'un désir de meurtre²³</p> <p>Expression par la tristesse d'une angoisse d'abandon dans son choix d'IVG²⁴</p> <p>Prise de conscience d'un conflit psychique entre son besoin de reconnaissance et sa violence²⁵</p> <p>Conflits avec son mari³⁶</p> <p>Angoisse du contact physique³⁵</p> <p>-Cela renvoie à de probables jeux sexuels subis dans l'enfance^{10 11 35} et d'autres épisodes de l'enfance¹²</p> <p>Elaboration et diminution de sa tendance à tester les limites au long du travail psychanalytique³⁷</p> <p>Difficultés de lier la mémoire du corps et sa représentation, entre affect et traumatisme^{38 43}</p> <p>Expression corporelle d'un traumatisme^{39 43}</p> <p>Clivage entre vide et trop plein⁴⁰</p> <p>Lent travail de deuil, de renoncement à un idéal^{41 47}</p> <p>Densification, construction du Moi^{42 46}</p> <p>Reconnaissance de son vécu douloureux des séparations⁴⁵ qui a pris beaucoup de temps⁴⁵</p>
---	-----------	---	---

3 Julie	<p>Explication que la date de la première consultation chez la psychologue a un lien symbolique avec l'IVG¹</p> <p>Sentiment d'avoir commis un crime¹</p> <p>Réaction comme si rien n'était arrivé après l'IVG⁷</p> <p>Réapparition d'un trouble du comportement alimentaire à type de boulimie^{2 3}</p> <p>Réalisation d'un projet peu investi d'emménager dans une maison offerte, aménagée par ses parents à 50 mètres de chez eux⁸</p> <p>Pas d'émotion lorsque que son petit ami Thomas la quitte brutalement après leur déménagement⁴</p> <p>Julie recommence à sortir⁴</p>	<p>Désir d'enfant et fantasme d'infanticide, caractéristiques du maternel¹</p> <p>Saturation du psychisme des femmes^{3 6 8} par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - culpabilité n'est pas causée par une faute, un péché, une culpabilisation⁵ - culpabilité s'exprime par une difficulté à parler de la décision d'IVG^{7 6}, par le secret de l'IVG⁶, par la douleur⁶ <p>Obstacle au deuil de l'enfant, empêche les femmes de vivre²</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de nomination de l'enfant, enfant fantôme, mort qui n'est pas enterré⁹ <p>Douleur, tristesse profonde^{4 6} exprimant une culpabilité⁶</p> <p>Culpabilité consciente^{5 21}</p> <p>Révélation du fantasme d'infanticide^{5 7 22 21} = Transgression d'un interdit psychique²² dans l'IVG</p> <ul style="list-style-type: none"> - objet de l'infanticide = enfant¹⁰ - existence psychique de l'enfant² <p>Long travail d'élaboration avec la psychanalyste va être réalisé sur le lien fusionnel avec sa mère et sur le sens de son IVG^{7 23 25 26}:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qui ne consiste pas à préserver de la culpabilité^{8 25} - qui consiste à comprendre l'IVG comme un traitement du réel par un passage à l'acte^{26 28}, à comprendre le sens de ce passage à l'acte^{26 30 34 34BIS} <p>Difficulté d'élaboration^{14 15 16}</p> <p>Difficulté à être autonome, à se séparer, à énoncer son désir propre^{19 12}</p> <p>Recherche inconsciente et ambivalente d'un ami qui l'aide à se séparer de sa mère^{12 13}</p> <p>Prise d'indépendance¹⁷</p> <p>Echec d'une tentative (l'IVG) de séparation, de différenciation avec sa mère^{27 29 30 35}, tentative par manque d'appui symbolique suffisant²⁶, une défaillance du père²⁹, opération oedipienne incomplète³⁴</p> <p>Risque de non-élaboration = garder une culpabilité à vie^{24 32} ou provoquer des IVG répétées³³ en l'absence de parole^{34BIS} = un passage à l'acte ne suffit pas à traiter le réel, la parole est nécessaire^{34BIS}</p>
------------	--	---

4 une femme	<p>Reproches à son mari de ne pas prendre ses responsabilités^{10 11 12}</p> <p>Conflit conjugal existant depuis la naissance de ce fils délivrant¹²</p> <p>Complicité importante avec son père resté au pays^{6 7 8}</p> <p>Difficultés à exprimer son trouble¹</p> <p>Forte culpabilité religieuse de cette IVG^{2 4 5}</p> <p>Obsession de cette IVG³</p> <p>Amélioration de l'entente avec son mari¹³</p>	<p>Discrédition de l'autorité de son mari⁷</p> <p>Absence du traditionnel respect du père⁵</p> <p>Deuil impossible par la mère de son exil et de son émigration^{11 8 12 13}</p> <p>Deuil impossible⁹ responsable du délivre aigu du fils^{9 10 1 13}</p> <p>Ferveur religieuse¹</p> <p>Dissimulation par l'argument religieux^{1 2 4} de son attachement oedipien à son père impossible à entendre²</p> <p>Justification par la religion de la discrédition du mari⁶</p> <p>Dissimulation par la discrédition de son mari de sa non-acceptation de son rôle social occidental, dont l'IVG⁴</p>
***** 5 Esther	<p>*****</p> <p>Sentiment d'angoisse terrifiante^{1 15} qui s'améliore avec le traitement¹⁶</p> <p>Sentiment de déréalisation^{1 4BIS 4} qui diminue avec le traitement^{16 7 10}</p> <p>Idées obsédantes sur son orientation sexuelle^{1 2 1BIS 18 9 10} de plus en plus importantes malgré le traitement^{9 10}</p> <p>Amour impossible avec son ami à cause de sa religion²³</p> <p>Excentricité³</p> <p>Etat d'excitation permanente³</p> <p>Forte volonté de maîtrise d'elle-même et des autres^{3 17}</p> <p>Non joyeuse dans ces folles soirées^{3BIS}</p> <p>Sentiment d'une perte de contrôle^{1BIS}</p> <p>Malaise lié au deuil non fait de sa mère pour la sœur d'Esther^{22 12}</p> <p>Affirmation qu'elle va bien⁵</p> <p>Angoisse à l'idée d'être mère^{8 9}</p> <p>Amélioration progressive de l'observance¹⁴</p> <p>Réticence et mauvaise observance du traitement^{6 17 23BIS 11}</p> <p>Changement de psychanalyste²¹</p> <p>Soutenue par ses parents¹¹</p>	<p>*****</p> <p>Lien entre les idées obsédantes d'homosexualité, l'IVG et la mort de sa sœur^{1 3 5}</p> <p>La mère empêche sa fille Esther de faire le deuil de sa sœur^{4 5}</p> <p>Instabilité, difficulté à contrôler son impulsivité^{2BIS 18}</p> <p>Perte de contrôle ressentie comme une blessure narcissique^{2BIS}</p> <p>Réassurance par la solidité du cadre, relation de confiance avec le psychiatre¹⁷</p> <p>Désir de maîtriser elle-même sa propre psyché^{19 8}</p> <p>Ces (trois) symptômes correspondent à un processus psychotique^{13 14 15 18}</p> <p>Peut-être autopunition secondaire à un sentiment de culpabilité lié à la mort de sa sœur^{8 9}</p> <p>Culpabilité familiale autour du décès de la sœur d'Esther⁹</p> <p>Prise de conscience de cette culpabilité pendant l'entretien familial⁹</p> <p>Amélioration de l'observance médicamenteuse d'Esther suite à cet entretien familial⁹</p> <p>Humeur dépressive témoignant d'un remaniement psychique^{7 11 12} marqué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renoncement à la tentative de maîtrise d'elle-même et du monde¹² - Possible identification à sa mère¹⁰ <p>Dénégation de son humeur dépressive¹⁰</p> <p>Fragilité de son identité sexuée révélée par la crise psychotique^{15 16 2BIS}</p> <p>Guérison par la reconnaissance des sexes, de l'acceptation de la scène primitive à l'aide de l'entretien familial¹⁶</p>

6 Antoinette	<p>Evocation sans difficulté apparente de ses IVG¹</p> <p>Certitude qu'elle n'aurait pas été une bonne mère¹</p> <p>Représentation d'elle comme mère-imaginaire néfaste et possessive¹</p> <p>Accord avec son mari pour qu'il tienne la place de l'enfant²</p> <p>Sentiment d'angoisse causée par fugues et alcoolisme de son mari^{4 7}</p> <p>Vie affective et sexuelle inexistante^{3 7}</p> <p>Satisfaction et angoisse au changement de son mari = à l'arrêt de l'addiction et des fugues de son mari⁵</p> <p>Jalousie intense envers les nouvelles connaissances féminines de son mari faites via le sport⁵</p> <p>Questionnement sur une éventuelle homosexualité⁶</p>	<p>Blocage des mouvements de remaniement psychique au sein du couple renforcé par les IVG^{3 4}</p> <ul style="list-style-type: none"> -Des remaniements psychiques sont inhérents à toute naissance, sont normaux, profonds et permettent la maturation psychique de l'un et l'autre du couple ainsi que de leur mode relationnel³ <p>Réaménagement profond de leur relation¹¹</p> <p>Angoisse canalisée par les crises de jalousie⁹</p> <p>Ressemblance avec sa mère d'où une souffrance¹</p> <p>Homosexualité latente masquée par le refus des manifestations du sentiment maternel¹⁰</p> <p>Remaniement psychique sous forme de passages à l'acte et comportements aberrants^{5 7}</p> <p>Déroute conjugale justifiant une prise en charge thérapeutique⁵</p> <p>Installation du couple sur un mode mère/enfant⁸</p>
-----------------	--	--

7 Julie	<p>Pensée que sa naissance est due à la résistance de ses parents dans leur combat contre la pression des grands-parents paternels pour faire avorter cette grossesse¹</p> <p>Désorientation psychique apparue au moment de la 2^{ème} IVG¹</p> <p>Révélation de sa maltraitance^{1BIS}</p> <p>Prise de conscience des effets de sa violence dans ses limites personnelles et professionnelles^{4 21BIS 17}</p> <p>Violence dans la sculpture et maltraitance par négligence au travail^{2 3}</p> <p>Sentiment de manque de reconnaissance et de gratification au travail³</p> <p>Pas de culpabilité de cette maltraitance³ / Violence justifiée sa fatigue³</p> <p>Demande d'un statut d'invalidité⁵ / Apathie⁶</p> <p>Mauvaise observance des séances de psychanalyse⁶</p> <p>Sentiment de culpabilité secondaire envers l'analyste⁶</p> <p>Refus de rendre visite à son père en fin de vie⁷</p> <p>Culpabilité suite à son refus de lui rendre visite et à sa responsabilité dans les réactions de son père^{8 21BIS}</p> <p>Réussite à surmonter l'opposition de sa mère pour voir son père⁹</p> <p>Découverte de la possibilité d'une relation avec son père : échanges avec son père sur le passé (maltraitance, IVG), sur le présent^{9BIS 10 13}</p> <p>Entrepreneuse dans sa créativité^{11 13 16}</p> <p>Diminution de la violence envers ses œuvres^{11 13}</p> <p>Compréhension du comportement de son père lié à son histoire à lui¹²</p> <p>Présente à la mort de son père, arrive à la symboliser^{14 16}</p> <p>Panne de créativité¹⁶</p> <p>Reproches et sentiment de violence envers sa mère¹⁵</p> <p>Refus inconscient de créer¹⁷</p> <p>Parallèle entre sa violence et son refus de créer, entre vie et création¹⁷</p> <p>Difficultés à évaluer ses œuvres¹⁸ / Réussite à évaluer ses œuvres¹⁹</p> <p>Renoncement à son invalidité^{19 20}</p>	<p>Altération des processus de liaison : le travail analytique n'a pas de direction⁴</p> <p>Passages à l'acte violent⁴</p> <p>Persistence de cette relation dans le temps⁸</p> <p>Remise en cause permanente de la confiance dans la relation avec le psychanalyste⁷</p> <p>Ne peut « faire confiance » depuis le début de sa vie⁹ qu'illustrent ses IVG et le refus de confiance sans rupture dans la relation avec le psychanalyste⁹</p> <p>Prise de conscience des processus de déliaison¹⁰</p> <p>Sauvegarde psychique par la maltraitance^{11BIS} <ul style="list-style-type: none"> - fragmentation de la vie psychique à visée désobjectalisante^{14 13} </p> <p>Violence par indifférence à la détresse d'autrui en lien avec l'indifférence de son père aux maltraitances de son enfance^{11 22}</p> <p>Prise de conscience progressive de sa violence^{11 15 22}</p> <p>Vécu de souffrance¹²</p> <p>Lien fait entre sa violence dans l'analyse et hors de l'analyse¹⁵</p> <p>Vengeance¹⁶ = Indifférence face à la détresse d'autrui ; son père¹⁷</p> <p>Fantasme de parricide¹⁷</p> <p>Expression d'une culpabilité jusqu'alors refoulée¹⁸</p> <p>Mise en place de processus de liaison¹⁹</p> <p>Compréhension de blessures insupportables, nouvel équilibre de la relation avec son père^{21 26 28 27 29 30} <ul style="list-style-type: none"> - entre l'introjection de la fonction paternelle et le transfert maternel, c'est-à-dire par l'élaboration de la bisexualité psychique^{5 1 26 28 27 29 30} - entre narcissisme et objectalité²⁶ </p> <p>Prise de conscience de sa violence intérieure, sa tentative de la refouler^{22 28}</p> <p>Prise de conscience de la nécessité des liaisons à l'aide de la sublimation de la violence dans la création^{23 28}</p> <p>Profond mouvement dépressif^{16BIS}</p> <p>Tentative d'éliminer le tiers entre elle et l'analyste²⁵</p> <p>Sublimation de la violence fondamentale par le nouvel équilibre trouvé cf ci dessus^{26 27 28 29 30}</p>
------------	--	--

8 madame M	<p>Soulagement après l'IVG¹</p> <p>Sentiment de ne pas avoir eu le choix²</p> <p>Souffrance, angoisse d'une prise de décision (divorce) inhabituelle^{3BIS 7}</p> <p>Crainte, sentiment d'être victime de son mari qui ne lui fait généralement pas confiance^{3 3BIS} sauf pour l'éducation des enfants³</p> <p>Besoin de se séparer de son mari^{4 5 7 14}</p> <p>Demande de divorce refusée par son mari⁴</p> <p>Plainte de son manque de confiance en elle^{5 6 8 9}</p> <p>Besoin d'être en sécurité chez ses parents avec les enfants⁵</p> <p>Crainte de reprendre le travail, d'affronter le directeur^{5 9}</p> <p>Remise en question des accusations sur son mari : il avait parfois raison^{8 22 25}</p> <p>Négociation d'une fin de contrat avec son directeur¹⁰</p> <p>Expression de ses peurs¹⁰</p> <p>Négociation d'une fin de contrat avec son directeur¹⁰</p> <p>Refus d'une séance commune avec son mari et la thérapeute¹¹</p> <p>Crainte d'une répercussion psychologique de cette crise conjugale sur ses enfants¹²</p> <p>Culpabilité de ses accusations envers son mari^{13 22}</p> <p>Recherche un logement et un travail¹⁵</p> <p>Reproche envers ses parents de leur prise de position^{15 2021 15}</p> <p>Agressivité devant la difficulté relationnelle avec ses enfants¹⁶</p> <p>Demande de reconduire un suivi thérapeutique pour elle qui avait été arrêté¹⁷</p> <p>Critique de l'hyper protection de sa mère¹⁸</p> <p>Reprise d'une relation avec son mari¹⁹</p> <p>Tristesse dans sa difficulté à affronter le regard de ses parents¹⁹⁻²⁰</p> <p>Distance avec sa mère²³</p> <p>Confrontation à l'agressivité de son mari dans le dialogue²³</p>	<p>Conflit profond conjugal^{1 5 15 30} Souffrance conjugale^{5 8} renvoyant à une : Souffrance personnelle sur son manque d'estime de soi, de confiance en elle, son tempérament passif, sur une angoisse de la séparation, de la perte³⁰, sur des peurs anciennes^{8 10 11 13 18 20 21 22 23 31} sur un conflit relationnel et phobique³⁵</p> <p>Paradoxe du soulagement d'avoir fait un acte non choisi²</p> <p>Besoin de ne pas être jugée pour s'exprimer⁴</p> <p>Soulagement d'être écoutée dans ses craintes^{6 7 15}</p> <p>Expression et reconnaissance de son malaise a pris du temps¹⁰</p> <p>Mécanisme de défense contre ses peurs, angoisses, souffrance = la fuite^{11 20 21 23 32 31 34}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le congé parental était une protection³⁴ = ce qui gêne la relation et favorise un silence protecteur^{5 11 20 22 23 25 30 31} = empêchant de prendre en compte l'autre, sa différence (son mari³¹, autrui²³) = lien avec l'autre est narcissique⁴⁰ <ul style="list-style-type: none"> - Avec idéalisation d'elle-même protection et rejet de l'autre^{22 23 24} - L'autre n'est pas intériorisé, le lien avec l'autre est narcissique et entraîne des difficultés de communication dans le couple^{5 15 30 40 39} <p>Sortie progressive de sa position de victime¹³</p> <p>Inquiétude pour son mari¹⁴</p> <p>Prise de distance avec ses parents^{16 24}</p> <p>Confrontation à l'agressivité de ses enfants en posant des questions^{17 26}</p> <p>La thérapeute prend le rôle de mère protectrice et de mari décideur¹⁹</p> <p>Diminution de son besoin de protection^{24 27 32}</p> <p>Dialogue avec son mari sur ses difficultés à elle²⁸ entraînant : <ul style="list-style-type: none"> -Création d'une distance avec son mari -Remobilisation de leur attachement mutuel²⁹ -Sécurité dans la place que lui fait son mari²⁹ </p> <p>Modification de son mécanisme de défense³² (cf ci-dessus)</p> <p>Protection contre une part d'elle-même (qu'elle reconnaît) dans l'inobservance des séances, dans le parti pris contre son mari^{25BIS}</p>
---------------	--	---

8 madame M	<p>Conflit avec son mari sur l'intérêt de ses séances : ne parle plus, plus de communication²⁴</p> <p>Culpabilité de venir aux séances et inobservance dans le suivi des rendez-vous à cause de la réticence de son mari^{24 25}</p> <p>Inobservance des séances²⁵</p> <p>Décision d'arrêter la thérapie²⁶</p> <p>Secret de l'IVG: son mari ne sait pas²⁷</p> <p>Décision de parler de l'IVG à son mari²⁸</p>	<p>Acte de la grossesse et IVG comme issue à un conflit relationnel avec le père, le directeur, le mari³³</p> <p>Secret³⁶ :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exclusion du mari³⁶ -Fuite³⁶ <p>Angoisses archaïques et fusionnelles expliquant le mécanisme de défense utilisé³⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> - travail thérapeutique permet de modifier le mécanisme de défense³⁷
9 Clémentine	<p>*****</p> <p>Explication de son IVG :</p> <p>Recherche d'une réplication exacte de ses amis morts à laquelle l'enfant ne répondait pas¹</p>	<p>*****</p> <p>Tentative de remplacement par l'enfant des trois vies détruites par l'accident^{5 9}</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfant différent de l'enfant projeté avec son ami, d'où sa séparation⁸ <p>Culpabilité de la mort de ses amis^{6 10}</p> <p>Deuil impossible de ses amis morts dans l'accident causé par sa culpabilité de leur mort⁶</p> <p>Autopunition par sa séparation amoureuse¹⁰</p> <p>Tentative de l'ordre de l'hallucinatoire avec une vision délirante de l'embryon¹</p> <p>Crise nécessitant avant et après l'IVG un travail de deuil de l'embryon^{2 3}</p> <p>Difficultés du travail de deuil car double deuil : départ de l'ami et de l'enfant⁴</p>

9 Fatia	<p><i>Après la 1^{ère} IVG :</i></p> <p>Accusée par sa mère de plusieurs fautes^{10 11 12 13}</p> <p>Séparation de son couple sous la menace de sa mère¹³</p> <p>Désespoir¹⁵</p> <p><i>Pendant l'année qui suit la 1^{ère} IVG :</i></p> <p>Alcoolisations et difficultés familiales depuis un an^{1 2 5 6 16 17}</p> <p>Nécessité d'un placement en foyer d'urgence puis famille d'accueil²</p> <p>Pas de modification du comportement d'alcoolisation au retour dans sa famille⁶</p> <p><i>Un an après la 1^{ère} IVG :</i></p> <p>Coma éthylique un an après la 1^{ère} IVG^{1 5 6}</p> <p>Suivi médical familial rapidement interrompu^{3 4}</p> <p>Négligence de sa relation amoureuse (conduites sexuelles à risque sous l'emprise de l'alcool) et grossesse^{8 20 21 22}</p> <p>Demande d'une (2^{ème}) IVG⁷</p> <p>Acceptation de la consultation psychiatrique⁷</p> <p>Souhait que ses parents et surtout sa mère ne soient pas au courant^{9 19 25}</p> <p>Responsable de cette grossesse²³</p> <p>Indifférence de l'enfant à naître²⁴</p> <p>Découverte de la grossesse par sa mère²⁷</p> <p>Réalisation de l'IVG en présence de sa mère²⁶</p> <p>Mauvaise observance du suivi psychiatrique = interruption brutale du suivi pourtant accepté à deux reprises^{3 4 28 29 30}</p>	<p>Fermée¹ / Décidée à réaliser cette IVG^{1 21 26BIS}</p> <p>Révélation de sa 1^{ère} IVG d'il y a 15 mois^{2 3 4}</p> <p>Culpabilité de sa grossesse et de son IVG^{6BIS 5 29}</p> <p>Lassitude⁶</p> <p>Humeur dépressive⁷</p> <p>Mémoire du projet d'enfant aborté=seul intérêt de cette 2^{ème} grossesse⁹:</p> <p>Réparation de sa maternalité^{18 19}</p> <p>Projet narcissique détruit^{10 12 38}</p> <p>Blessure narcissique entraînant une 2^{ème} grossesse^{12 11} = Comblement d'un manque par la grossesse²⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le moment de fécondation correspond à la date anniversaire de la 1^{ère} IVG^{5BIS 8} <p>Tentative de remplacement du bébé par les alcoolisations^{15 14}</p> <p>Manque du bébé, vide^{16 17 29}</p> <p>Tentative illusoire^{21 22 24 25} de réparation du bébé car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le bébé est l'ombre de l'autre ET qu'il n'a pas le droit d'exister^{22 26} <p>Rage²³</p> <p>Culpabilité de sa décision d'IVG^{26bis} entraînant :</p> <p>Négligence en apparence du secret de sa grossesse envers sa mère, instance punitive^{27 28}</p> <p>Expression difficile de son histoire = ambivalence dans sa prise en charge psychiatrique^{29 39 40}</p> <p>Arrêt du suivi à cause : Autopunition ou déni familial ou interdiction par sa mère³¹</p> <p>Répétition du cycle grossesse-IVG^{30 32}</p> <p>Attaque au corps par ce deuxième cycle^{32 33}</p> <p>Démarche mortifère de cette 2^{ème} grossesse^{33 36 37} / Automutilation⁴¹</p> <p>Attaque au corps dans ses conduites sexuelles à risques aggravées par son alcoolisme^{34 35}</p> <p>Tentative de rétablir le projet narcissique de la 1^{ère} grossesse en s'appuyant sur la potentialité de vie de la 2^{ème} grossesse^{36 37 38} et non la scène mortifère</p> <p>Prise en charge nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour élaborer le deuil secondaire à la 1^{ère} IVG⁴¹ Deuil destructeur⁴¹ - pour que la répétition du cycle ne soit pas la répétition d'une auto-mutilation⁴¹
------------	---	--

10 Cécilia	<p><i>Après l'IVG :</i></p> <p>Sentiment de mal-être¹</p> <p>Troubles alimentaires boulimie-vomissements depuis l'IVG^{2 3 4 5}</p> <p>Besoin de se sentir pleine⁴</p> <p>Souci de sa silhouette⁶</p> <p>Connaissance d'elle-même par le sport²⁰</p> <p><i>Relations maternelles :</i></p> <p>Besoin d'indépendance¹¹</p> <p>Sentiment d'injustice, de colère, de tristesse suite au départ de sa mère¹¹</p> <p>Sentiment d'abandon au départ de sa mère^{10 12}</p> <p>Sentiment d'incapacité de tenir la maison maternelle laissée à sa charge¹³</p> <p>Sentiment d'être prisonnière de la maison¹⁷</p> <p>Sentiment de passivité dans l'action d'être tombée enceinte¹⁶</p> <p>Demandeuse d'un suivi psychologique régulier¹⁴</p> <p>Espacement progressif après un mois de vacances¹⁵</p> <p>Arrêt du suivi, à sa demande après neuf mois de suivi^{14 15}</p> <p>Disparition des troubles alimentaires, reprise du sport, emménagement dans un appartement¹⁵</p>	<p>Régression du stade génital au stade oral signifiée par la boulimie et l'avortement¹</p> <p>Problématique narcissique du vide interne s'opposant au plein²</p> <p>Tentative de garder l'enfant et la mère potentiels, l'enfant qu'elle a été, sa mère par la boulimie³</p> <p>Tentative d'accéder à un changement d'état⁴</p> <p>Echec de ces tentatives symbolisé par les vomissements¹⁵</p> <p>Expression de conflits psychiques présents et passés symbolisées par les vomissements⁶</p> <p>Refus d'une certaine image de la femme existant dans sa famille⁷</p> <p>Déni de son désir ambivalent d'enfant⁹</p> <p>Questionnement sur son devenir identitaire sexué et adulte favorisé par le contexte familial⁹</p> <p>Déséquilibre psychique et identitaire en l'absence du soutien maternel nécessaire pour terminer sa construction psychique/identitaire^{12 13 20 41 42 43} >départ trop précoce de la mère^{12 42}</p> <p>Blocage de sa prise d'autonomie = frustration et dépression^{14 15 41BIS 45}</p> <p>Prisonnière d'une imago maternelle de toute puissance^{16 19}</p> <p>Différenciation incomplète – confusion/fusion – difficulté de séparation avec sa mère^{17 18 23 44 27 28 29}</p> <p>Mise en acte du corps par la boulimie¹⁹</p> <p>= Expression du désir de différenciation d'avec la mère dans le comportement boulimique^{19 31}</p> <p>Mise en acte de son corps, conduites psychopathologiques et psychosomatiques = moyen d'exprimer et de transformer des conflits psychiques/identitaires, des angoisses^{22 40 26 40BIS}</p> <p>Mise en acte du corps = moyen principal d'expression²² = de se connaître, de grandir⁴⁰ = moyen de construire son identité^{22 40 26 40BIS}</p> <p>Mise en acte de son corps (exemple : sport)^{40 24 40BIS} / Ces conduites ont un sens²⁶</p> <p>Rejet des objets maternels⁴¹</p> <p>Perturbation du processus de subjectivation par l'arrêt du soutien maternel^{41 42} :</p> <ul style="list-style-type: none"> - angoisse, choc spéculaire de son corps de femme^{43 20} - confusion avec le corps de sa mère⁴⁴ - arrêt du sport⁴⁵ - grossesse = acte manqué = désir de inconscient de grossesse et de construire son identité de femme et de mère^{46 47 24} rejeté dans l'acte de l'avortement^{24 28 29} - boulimie-vomissements traduisant besoin et rejet de sa mère^{23 27 28 29}
---------------	---	---

10 Cécilia		<p>Prise en charge médico-psychologique régulière suite à ces troubles alimentaires³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> - régularité pour éviter les angoisses d'intrusion³² <p>Mise en acte dans la reproduction de la séparation par le congé d'été^{35 33}</p> <ul style="list-style-type: none"> - La séparation estivale a reproduit, réactivé, répété la séparation maternelle³³ <p>Mise en acte dans la diminution des conduites boulimiques³⁴</p> <p>Prise d'autonomie, équilibre psychosomatique^{34 35BIS}</p> <p>Décharge et projection de la conflictualité de sa vie psychique sur son corps par des mises en acte du corps³⁷ permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail d'intériorisation, de subjectivation^{38 39 6 40 22 26 40BIS}
11 Nadège	*****	<p>*****</p> <p>Culpabilité liée à l'homicide¹</p> <p>Douleur causée par la perte de sa vie de famille avant le divorce^{2 4 14}</p> <p>Epreuve immense⁶ douleur causée par la perte de sa vie de famille avant le divorce^{2 4 14}</p> <p>Liens affectifs très forts avec ses frères³</p> <p>Ralentissement intellectuel secondaire⁵</p> <p>Absence de trouble psychotique, de l'humeur, de la personnalité^{7 8 9}</p> <p>Difficultés à faire le deuil de sa vie de famille avant le divorce^{10 11 12}</p> <p>Immaturité sous forme de sentimentalisme^{10 15}</p> <p>Relation de dépendance avec la mère¹³ : sa première action le jour de l'accouchement a été d'aller chercher la mère^{22 23 41}</p> <p>Sentimentalisme non refoulé par un manque de défenses névrotiques¹⁷</p> <p>Dénie de situation^{18 19}</p> <p>Investissement de son ami comme remplaçant du père^{20 21}</p> <p>Non investissement de son ami comme un futur père^{20 21}</p> <p>L'IVG tardive annonçait le déni de grossesse²⁶</p> <p>Secret de l'IVG envers sa mère²⁷</p> <p>Dans les 2 cas, Nadège recule le moment de conscience de la grossesse²⁷</p>

11 Nadège	<p><i>IVG :</i></p> <p>Secret de l'IVG envers sa mère²⁷</p> <p>Atmosphère familiale lourde et silencieuse²⁸</p> <p>Traumatisme lié à la prise de conscience du déni (déflagration)³⁵</p> <p>Culpabilité liée à la prise de conscience du déni³⁵</p> <p>Cauchemar de la grossesse mis immédiatement hors circuit par un acte réel, l'avortement³⁹</p> <p>Acte réel³⁹</p> <p>L'IVG tardive annonçait le déni de grossesse²⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les 2 cas, Nadège recule le moment de conscience de la grossesse²⁷ <p>Etat entre conscience de grossesse et déni de grossesse à 2 reprises^{36 37 38 46}</p> <p><i>Infanticide :</i> (Infanticide volontaire non classique car appel à l'aide^{41 43})</p> <p>Sentiment de trahir sa famille comme son père l'a fait, en cas de maternité^{29 34}</p> <p>Cause du silence : veut garder le statut de petite fille³⁰</p> <p>Absence du plaisir d'égaler sa mère et de la crainte de ne pas y parvenir^{31 30}</p> <p>Refus de transmission³¹</p> <p>Avortement du processus psychique d'élaboration de l'enfant imaginaire^{33 32}</p> <p>Conséquence : infanticide³³</p> <p>Cauchemar de la grossesse mis immédiatement hors circuit par un acte magique³⁹</p> <p>Acte magique = n'est pas enceinte^{39 40} = Déni de grossesse^{40 42 44}</p> <p>Panique lors de cet accouchement (infanticide)^{25 24}</p> <p>Traumatisme lié à la prise de conscience du déni (déflagration)³⁵</p> <p>Culpabilité liée à la prise de conscience du déni³⁵</p>
--------------	---

	Besoin d'être écoutée dans la confiance par une femme ^{1 19 24} Révélation de la violence de son mari ^{1BIS 2 3 5} Pas d'allusion à ses filles lors des premiers entretiens ^{2BIS} Habillée de noire ^{3BIS} Malaise depuis les retrouvailles avec un frère l'ayant abusé sexuellement plusieurs années dans l'enfance ⁴ Aveu d'avoir porté plainte une fois contre son mari pour violence physique sans suite ⁵ Courage d'avoir parlé à sa mère de ces agressions du frère ^{6 7} Sentiment d'être abandonnée par sa mère ⁸ Espoir d'avoir la confiance de sa mère ⁹ Surprise par la réaction de sa mère ¹⁰ Sentiment d'être blessée par la 1 ^{ère} IVG ¹¹ Sentiment de honte à la pensée de cette 1 ^{ère} IVG ¹² Sentiment de haine à la pensée de cette 1 ^{ère} IVG ¹² Sentiment d'avoir été harcelée sexuellement par son patron (elle quitte l'emploi) ¹³ Sentiment de culpabilité générale et d'être coupable de refuser des rapports sexuels avec son mari ^{14 20 15 14BIS 21 22} Pas de désir d'enfant ¹⁶ Certitude qu'elle quittera son mari pour sa violence physique ¹⁷ Peur que ses filles soient victimes de la violence sexuelle des hommes ¹⁸ Peur de se confier à des hommes ^{19 1} Secret provoqué par sa culpabilité ^{21 1} Risque de punition en levant le secret ²² Besoin qu'on lui fasse confiance ²³ Besoin d'un suivi psychologique ²⁴ Besoin de se libérer par la parole pour y voir plus clair ²⁴ Souffrance intense ²⁵	Pas d'affect en racontant son histoire sauf un sentiment de honte, de gêne ^{1 4 2 45 49 15} Histoire constituée de violence, notamment sexuelle ^{3 5 20 21 51} Traits dépressifs ^{6 8 11} Passivité (face à son fils, face à la violence de son mari, face aux relations sexuelles subies, face à sa souffrance) ^{7 12 20 27 31 51} Besoin d'aide ^{9 10 22 42} Méfiance vis-à-vis des femmes ^{14 48} Sentiment de trahir en allant parler à une psychologue ^{16 17 18} Peur et colère ^{18 19} Trahison par sa mère ^{19 49} Solitude ^{19 23 41 42} Répétition ininterrompue de violence : répétitions de relations avec des hommes maltraitants ^{20 21 29 31 51} Culpabilité ^{33 36 45 49} Silence issu de sa culpabilité ^{17 25 30 34 36 37} Satisfaction de parler ^{26 52} Transfert de sa souffrance sur le mode d'identification à l'agresseur par l'expression ^{28 53 54} Répétition de situations permettant de rejouer le traumatisme non élaboré pour se libérer de l'angoisse qu'il provoque à long terme ^{29 31} Justification de la violence de son mari ³⁰ Volonté d'avoir une 2 ^{ème} IVG après une 5 ^{ème} grossesse forcée ³² Dépression post-partum (après la naissance du 3 ^{ème} enfant, après 1 ^{ère} IVG, 2 ans avant la 2 ^{ème}) ³⁵ Traumatisme de Mme T ^{38 39 43 44 51 55} : - inceste par son frère pendant plusieurs années - absence de soutien familial ; tante, sœur, mère : figure maternelle passive et absente ^{19 43 49 50} Réactualisation de son identité de femme et de mère par les évènements de sa vie (comportement de son fils, violence de son mari, naissance de sa fille, fille de 6 ans) ³⁹ Manque d'estime de soi ^{58BIS} Difficultés majorées par sa culture/histoire : liens de consanguinité, thème tabou de la sexualité ^{40 47 46} La répétition peut s'arrêter à partir d'un début de distanciation, d'élaboration du traumatisme ^{51 58}
--	---	---

12 Madame T	Seul plaisir lui est procuré par ses enfants ²⁶ Difficultés à évoquer les soucis provoqués par son fils ²⁷	Plaisir masochiste de ne pas parler ⁵² Blessure narcissique causée par ces traumatismes ^{57 38 39} : -son identité de femme ³⁹ basée sur une représentation terrifiante des hommes, sur sa crainte de ne pas pouvoir protéger ses filles des hommes ^{18 38 47 58BIS} -son identité de mère ³⁹ basée sur une figure maternelle passive et absente, sur une méfiance envers les femmes ^{14 19 43 44 48 49 50} Atteinte supplémentaire à son narcissisme provoquée par le trouble du comportement de son fils ⁵⁷
*****	*****	*****
13 Sarah	Sentiment de ne pas récupérer de son IVG ¹ Sentiment d'être déprimée depuis l'IVG ² Sentiment d'accablement depuis l'IVG ^{2 4} Besoin de parler ³ Sentiment d'être bloquée, face à un obstacle ³ Certitude que l'IVG est liée à son mal-être ⁵ Incompréhension du lien entre IVG et mal-être ⁶ Evocation de son rêve datant de quelques jours après l'IVG (elle perd un bébé à la naissance) ⁷ Tristesse de ce rêve ⁷ Ressenti très important du sentiment de perte de sa mère par rapport à son bébé mort à 8 mois de grossesse ⁸ Sentiment d'avoir un peu tué, par l'IVG, le bébé que sa mère a perdu à 8 mois de grossesse ⁹	Dépression Dépression ¹³ Réactivation secondaire de la culpabilité ancienne de ne pas combler la détresse maternelle ^{13 12} Confusion entre son histoire et celle de sa mère, entre 2 femmes, 2 bébés, 2 fécondités ^{13 18 19 15 14 6} Différenciation de l'histoire de sa mère et la sienne, à travers la parole, l'expression du rêve ^{24 20 21 25} Culpabilité secondaire à l'IVG ¹⁶ / Non-intégration de l'IVG à cause de cette culpabilité ¹⁷ Réappropriation de l'histoire de son IVG : Singularisation de sa décision d'IVG dans son contexte ^{22 23} Clinique de la grossesse et de l'IVG qui sont symptômes de souffrance du lien mère-fille ^{1 2 3 4} Tentative de réparer par la grossesse d'un trauma maternel lié à : fécondité / deuil pathologique ^{5 8 27 28} Culpabilité de vouloir se différencier de leur mère à cause de cette grossesse ⁷ Ambivalence à décider ou non de se différencier de leur mère à travers l'IVG ¹¹ Tentatives basées sur le fantasme de la « magmamatrice », fantasme d'une matrice commune à l'origine d'un vivant collectif via la fécondité ^{26 33 34 35 39 40 41 42 43} , pouvant avoir comme conséquences : -Reproduction de la détresse maternelle, du deuil maternel compliqué/pathologique ^{29 30 31 45} -Toute puissance pouvant entraîner l'IVG ^{36 37 38} -Réussite de la tentative de réparation ^{32 44} Utilisation de ce fantasme dépend du psychisme du sujet et des événements traumatisques de son histoire ⁴⁶ / Tentatives de réparation imaginaires transgénérationnelles ⁴⁴

14 Yasmina	<p>Isolement^{11BIS 11} / Volonté de sortir de son isolement à travers sa rencontre médicale pour une prise de contraception^{11BIS 11}</p> <p>Sentiment d'être abandonnée par ses enfants depuis l'obtention de leur garde par le père^{1 3 6}</p> <p>Accablement par cet abandon et par la procédure judiciaire lancée par le père^{1 2}</p> <p>Constat de relations quasi-inexistantes avec ses enfants^{3 6}</p> <p>Constat du temps perdu de leur enfance^{4 6 8}</p> <p>Souhait de rattraper le temps non passé avec ses enfants⁴</p> <p>Accusation du père d'être responsable de ce temps perdu⁵</p> <p>Sentiment de ne pas être reconnue comme mère^{7 10}</p> <p>Accablement par la vie depuis la séparation de ses parents⁹</p> <p>Fin de l'insouciance depuis la séparation de ses parents^{9BIS}</p>	<p>Crise d'adolescence survenant pendant l'adolescence de ses enfants^{11 2 14 18 15}</p> <p>Rupture dans sa vie comme l'IVG^{1BIS}</p> <p>Malaise, souffrance causée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séparation des parents^{3 4} - Vol de son adolescence^{5 13 7 6 8 9} <p>Maternité manquée comme conséquence¹⁰</p> <p>Questionnement sur son identité de femme¹⁷</p> <p>Nouveau sens donné à l'adolescence et à la maternité manqués¹⁶</p>
14 Justine	<p>Pas de souhait et refus de rencontrer un psychologue¹</p> <p>Indécision à réaliser une 3^{ème} IVG²</p> <p>Vie désordonnée depuis le secret levé sur son origine^{4 3}</p> <p>Interprétation du striptease comme le besoin de transgresser l'interdit parental de se montrer⁵</p> <p>Première énonciation de son désir d'enfant⁷</p> <p>Décision de réaliser la 3^{ème} IVG⁸</p> <p>Décision différente des fois précédentes=pour elle⁸</p>	<p>Entretien permettant l'association entre son changement brutal de vie et son enfance^{1TER 1BIS}</p> <p>Exposition d'elle-même¹</p> <p>Prise de décision d'IVG différente des précédentes, probablement par le travail psychologique²</p> <p>Probable arrêt de la répétition des IVG par ce travail psychologique³</p> <p><i>(numérotation commune à Justine et Yasmina)</i></p> <p>IVG=problématique adolescente à choisir ou non de rendre réel sa potentialité d'être mère^{4BIS 5BIS 7BIS}</p> <p>Adolescence = questionnement et revendication de son identité de femme à sa mère, reconnaissance de sa mère comme femme^{6B 9B 7B}, questionnement sur la maternité^{7B} par les moyens de la fécondité^{9B}</p> <p>IVG et fécondité = moyen pour accéder à une identité de femme et de mère^{9B}</p> <p>Age adulte = re-questionnement de son identité de femme après une maternité réelle^{8B}</p> <p>Le malaise de l'adulte est causé par un moment de sa vie adolescente^{10B}</p> <p>L'adolescence rend compte des constructions infantiles^{11B 12B}</p> <p>Le moment adulte est un test de la solidité de la construction adolescente afin de tenter une nouvelle construction s'il y a des ratages^{11B 13B}</p>

15 Luna	<p>Habillée en style gothique^{2BIS}</p> <p>Besoin de voir ses amis²</p> <p>Envie de profiter de la vie⁴</p> <p>Sentiment d'avoir vécu une épreuve par la grossesse et l'IVG^{3 5}</p> <p>Souffrance toujours actuelle⁶</p> <p>Refus d'entretien en présence de ses parents⁸</p> <p>Description de son père comme une personne très dure^{8BIS}</p> <p>Sentiment d'être incomprise de ses parents et d'un de ses frères^{1 7 9 11 19}</p> <p>Sentiment d'être comprise de ses amis^{2 11}</p> <p>Proximité avec un de ses frères¹⁰</p> <p>Sentiment qu'elle perd ses parents^{12 13}</p> <p>Refus d'être vue avec sa mère dans la rue¹⁴</p> <p>Cauchemar=homme ressemblant à son père, mais qui n'est pas son père, qui essaie de lui donner un fœtus ensanglanté^{15 16}</p> <p>Répétition d'un cauchemar^{15 18}</p> <p>Arrêt des cauchemars¹⁷</p> <p>Sentiment de solitude^{1 19}</p> <p>Sentiment d'exclusion^{1 19}</p> <p>Révélation que le garçon qui l'a mise enceinte s'appelle comme son frère aîné¹⁸</p>	<p>Provocante et plutôt extravertie^{1BIS}</p> <p>Exclusion de Luna = Comportement des parents déclenché par la transgression grossesse+IVG^{1 7}</p> <p>Rejet de la différence de Luna^{5 6 9 15} qui cause :</p> <p>Exclusion par un mécanisme de persécution de Luna^{2 3 4 5 17 9 12 10 14}</p> <p>Entretien de cette différence par Luna^{13 19}</p> <p>Souffrance, désespoir^{16 18 21 32}</p> <p>Victime sacrificielle²⁰</p> <p>Vécu calme de l'entretien en présence de sa mère²²</p> <p>Vécu libérateur de l'entretien individuel par l'expression du cauchemar²³</p> <p>Rêve de caractère incestueux²⁴</p> <p>Rêve manifestant sa culpabilisation de l'IVG par ses parents, et la culpabilité de ceux-ci^{25 26 26BIS}</p> <p>Violence et culpabilité de l'entretien en présence de ses deux parents^{26 15 26BIS}</p> <p>Diabolisation de Luna par ses parents^{26BIS}</p> <p>Soutenue par l'un de ses frères^{27 42}</p> <p>Victime des modèles réparateurs de ses parents face à leurs blessures d'enfance^{29 30}</p> <p>Victime de la double trahison de ses parents dans un jeu aliénant et déstructurant^{32 33 34 36}</p> <p>Victime du comportement de ses parents à cause de ce déni^{34 35}</p> <p>Réapparition d'une solidarité familiale dans la fratrie puis toute la famille, d'un dialogue^{37 42 43}</p> <p>Vraie discussion familiale et levée du secret sur l'agression sexuelle par son frère Fabian du même prénom que celui dont elle a été enceinte^{38 38BIS 39}</p> <p>Trahison fraternelle et déni parental de l'inceste responsable de sa solitude³⁹</p> <p>Réactivation de la souffrance, culpabilité et blessure narcissique familiale par la grossesse et l'IVG^{40 28}</p> <p>Surcharge émotionnelle = de culpabilité faisant consulter⁴¹</p>
------------	---	--

16 Nouria	<p>Pas de désir d'enfant^{3 8 9BIS 9TER}</p> <p>Aucune contraception supportée^{3 9BIS}</p> <p>Inquiétude du devenir de chaque grossesse⁴</p> <p>Attente à chaque grossesse d'une décision de son mari⁵</p> <p>Solitude dans le choix d'avorter ou non⁶</p> <p>Dissimulation de ses 2 IVG sous le prétexte de sa religion^{7 7BIS}</p> <p>Identification au troisième enfant⁸</p> <p>Seul bonheur connu : la période où elle vivait seule sans famille⁹</p> <p>Sentiment d'horreur lors de la 3^{ème} grossesse, de l'accouchement, de l'hospitalisation^{10 11}</p> <p>Sentiment que tout avait un sens, tout lui parlait¹³</p> <p>Sentiment de culpabilité de son non-désir d'enfant à cause de l'Islam¹²</p> <p>Troubles du sommeil¹⁴</p> <p>Peur de tous ces signes¹⁵</p> <p>Sentiment d'être en un état étrange avec le traitement médicamenteux¹⁷</p> <p>Bénéfice du traitement médicamenteux supérieur à son inconvenient¹⁷</p> <p><i>Comportement envers le bébé :</i></p> <p>Agacement et agressivité envers son bébé¹</p> <p>Malaise par rapport aux pleurs importants de sa fille²</p> <p>Désarroi causé par son bébé (qui est malade)^{18 19}</p> <p>Envie de voir son bébé mort¹⁹</p> <p>Charge des soins médicaux nécessaires pour son bébé (malade)²⁰</p>	<p>Attente d'une décision de son mari en faveur de l'IVG⁴⁹</p> <p>Faute morale de la mère d'avoir réalisé les IVG¹</p> <p>Décharge de cette faute morale en se débarrassant du dossier qui en porte la trace¹</p> <p>Isolement familial = mécanisme de défense contre ses carences environnementales & période de gélation de son individuation et de l'accès à la différence des sexes^{1BIS 25 37 37BIS 38 1TER}</p> <p>Psychose puerpérale passée inaperçue²</p> <p>Non considération des besoins du bébé^{3 4 5 6 42}</p> <p>Non acceptation du bébé⁷</p> <p>Mauvaise élaboration du conflit oedipien^{8 9} = Grave trouble identitaire^{13 14}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence ou dévalorisation de son père^{9 29} - Insécurité^{26 27} par la discordance entre les parents de Nouria^{22 23 24 30} <p>=> Considération de son bébé comme insuffisant^{10 11}</p> <p>=> Aggression par son bébé¹²</p> <p>Honte de l'état féminin^{31 32}</p> <p>=> Accusation que son bébé est responsable de ses malheurs^{35 21}</p> <p>=> Aggression par son bébé^{33 34}</p> <p>Pas d'accès à la différence des sexes³⁷ d'où :</p> <p>Réactivation de sa passivité agressive de l'enfance à la naissance des enfants^{18 19 20 37BIS 46}</p> <p>Réactivation de sa passivité = attente désespérée de l'amour de sa mère³⁹</p> <p>Réactivation de son agressivité = souffrance infligée par la mère toute puissante^{40 41 42}</p> <p>=> Haine envers son bébé^{20 21 36 44 45}</p> <p>=> Pas d'accès aux sentiments maternels^{36 48}</p> <p>=> Persécution maternelle primaire inconsciemment répétée de génération en génération^{15 16 17 20 42 43 48}</p> <p>48BIS</p>
--------------	---	---

17 Madame P	<p>Culpabilité envers sa sœur mourante¹</p> <p><i>Soumission au fils :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Soumission aux désirs de son fils^{2 3 67 68} Menacée d'un couteau par son fils⁶⁷ Commandée de se déshabiller en même temps que son fils, de rester dans le lit avec lui⁶⁸ Sentiment d'avoir un fils gentil ou méchant⁶⁹ Révélation d'inceste dans l'enfance⁵ Pleurs sur le récit de son enfance^{5BIS} Sensation de mains dans la culotte³⁷ Acceptation d'un suivi avec la pédopsychiatre⁶⁷ Initiation d'une thérapie familiale et de couple⁶ <p><i>Maltraitances sur son fils :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Besoin de faire des lavements à son fils^{8 4} Sentiment d'être comblée par la prescription des lavements⁶⁰ <ul style="list-style-type: none"> -provoquant la soumission⁶¹ -faisant intervenir des tiers pour soulager sa culpabilité⁶² -provoquant une souffrance semblable à ce qu'elle a vécu^{63 65} Révélation du mensonge de la constipation de son fils⁹ Disparition de ce besoin de faire des lavements à son fils¹⁰ Maltraitance directe avec son fils¹¹ : <ul style="list-style-type: none"> -Provocation d'une entorse de cheville suite à une chute²⁰, et d'une déhydratation sévère suite à une gastro-entérite justifiant une hospitalisation²¹ -Marche avec son fils sur la balustrade du balcon au 10^{ème} étage⁷⁰ -Administration d'un antidépresseur à son fils pour le protéger de son désir de le masturber²⁷ & avertissement du pédopsychiatre de son acte²⁸ 	<p><i>Syndrome de Münchhausen :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Syndrome de Münchhausen par procuration (par son fils) ou simple (IVG)^{1BIS 3 10 37 40 44 56 81 149 156} Troubles du comportement profondément mêlés à ceux de son fils² Passages à l'acte maltraitants son fils (lavements rectaux injustifiés, masturbation, empoisonnement, comportements ordaliques avec son fils, mensonges sur sa santé)^{4 10 13 39 49 50 138 139} Culpabilité de maltrater son fils^{4 16} / Culpabilité de masturber son fils¹²⁹ Utilisation de son fils/fœtus pour attirer l'attention des médecins/du juge/sa mère sur elle^{11 44 46 48 77} Aveu systématique de ses passages à l'acte aux soignants^{12 15 19 20 23 31 121 139} Volonté de protéger la vie de son fils^{16 19 20 120 123 128 130 166 167} Clivage psychique entre la mère en détresse et la mère dangereuse^{21 58 131} Volonté qu'on sache ce qu'elle a subi enfant^{30 40 151} Signification de la maternité comme seulement équivalent à des soins physiques d'un bébé^{110 142} <p><i>Relation à son corps :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Richesse des élaborations, des rêves, des fantasmes^{7 61 62} évoquant rétrospectivement de futurs passages à l'acte⁸ Obsessions sexuelles^{9 41 152} Prise d'un antidépresseur⁹ / Culpabilité de ses fantasmes^{24 42} Provocation de conceptions pour avoir des IVG⁴⁵ Idées morbides et suicidaires^{51 91 92 118} Relation à son corps marquée par des abus précoce^{s53} Phobie des mots évoquant le corps, la sexualité^{56 69 70 71 126 127} / Flash-back traumatiques de l'inceste⁵⁷ Considération de son fils cadet comme une partie de son corps^{54 55 72 74 75 109 114 116 133} Haine contre son fils^{73 79 107 108 113} Identification de son fils à sa mère et à son grand-père abuseur^{114 115} Demande que son fils soit soumis à ses désirs^{75 79 122 136 137} Identification à l'agresseur¹¹² Identification projective de son fils à elle-même comme enfant-victime et protection¹²² Désir de réparer son enfance à travers son fils¹³²
----------------	--	---

<p>17 Madame P</p>	<p><i>Sexualité :</i></p> <p>Masturbations compulsives¹² Idées suicidaires¹³ Expression de fantasmes et de rêves^{14 40} -sa mort suite à un viol, une IVG puis un cancer utérin¹⁵ -mort de son fils suite à une chute par la fenêtre¹⁷ -masturbation de son fils par elle¹⁸ -maladie grave de son fils qu'elle soigne avec dévouement¹⁹ Culpabilité de ses fréquents fantasmes sexuels²² Ne prenait jamais sa pilule contraceptive^{28BIS} Désir d'une conception dans le but de faire une IVG^{23 29} Désir de masturber son fils à cause de l'échec de cette conception pour faire une IVG²³ et du sentiment de vide intérieur laissé par l'autonomisation de son fils^{24 38 58} & désir de le protéger de cet acte²⁶ Affirmation et démonstration qu'elle est dangereuse pour Adrien^{30 31} Hospitalisation HDT de 1 mois^{31BIS} Demande de reprendre le suivi psychothérapeutique^{32 33} Non-acceptation de son corps³⁵ Désir de maîtriser son corps³⁴ Acceptation de son corps par l'intermédiaire d'un bébé³⁶ Sentiment de terreur et de rage face à un vide intérieur³⁹ Sentiment de vide intérieur notamment laissé par l'autonomisation de son fils^{24 38 58} Sentiment que la présence de son fils ordonne l'intérieur de son corps⁴³ Sentiment d'être habité par sa mère^{41 42} Espoir de recevoir de l'amour maternel après le décès de sa sœur^{44 45} Disparition de ce grand espoir⁴⁶ Sentiment de payer chaque instant de bonheur depuis ce décès⁴⁷</p>	<p><i>Relation à sa sœur, à sa mère, à son mari :</i></p> <p>Deuil de sa sœur mourante¹ Culpabilité de son enfance^{5BIS} Jalousie envers sa sœur^{84 85 86 88} Culpabilité envers sa sœur^{87 89} Utilisation de son fils/de ses fœtus en sacrifice pour se faire pardonner de sa sœur décédée⁹⁰ Loyauté inébranlable envers sa mère^{93 97 98 106 169 170 178 179} Désillusion croissante de l'amour de sa mère^{65 94 95 140} Culpabilité à tout prix envers sa mère⁹⁶ Doute sur l'amour de son mari⁶⁵ Diminution de ses troubles quand son mari s'intéresse à elle¹⁰² Utilisation de son fils/de ses fœtus pour éprouver l'amour de son mari=attirer son attention⁹⁹⁻¹⁰⁵</p> <p><i>Personnalité :</i></p> <p>Tentative de maintien d'un équilibre psychique par une mise en tension permanente^{23 25 26 27 83} par sa mère⁶⁵, son fils^{14 49 50 109}, son mari^{65 66 67 68}, les thérapeutes et le juge¹⁴⁵, des conflits^{33 34 36}, des orgasmes de peur^{65 146 147 148} Comportement masochiste = plaisir d'avoir peur = érotisation de la peur^{41 152 153 155} Perversion narcissique^{52 60 63 64 69 135 136 137 160} -Utilisation de fils, mère, mari, psychiatres comme objet-fétiche^{119 157 158 164 165 168/171} Diminution des tensions par de profonds changements dans son entourage^{82 109 141 142 143 144} (<i>autonomisation du fils, retour de son mari vers elle, détachement de sa mère, respect du psychiatre</i>) Absence d'angoisse entraînant un vide, un danger de mort psychique et physique, une aggravation de son déséquilibre psychique^{117 143 144 162 163}</p>
------------------------	---	---

17 Madame P	<p>Sentiment de devoir mourir pour exister⁴⁸</p> <p>Sentiment de culpabilité envers sa mère si son mal-être s'améliore⁴⁹</p> <p>Besoin de culpabilité pour aider sa mère⁵⁰</p> <p>Refus de relations sexuelles avec son mari⁵⁰ :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sentiment de honte envers sa mère en acceptant des relations sexuelles avec son mari^{51 53} -Volonté de punir son mari en les refusant⁵² -Crainte de faire croire à son mari qu'elle va bien en les acceptant⁵⁴ -Crainte de ne plus avoir d'attention de son mari en les acceptant⁵⁴ <p>Prise de conscience que son mari est devenu sa seule famille⁵⁵</p> <p>Sentiment de rage à cette prise de conscience⁵⁶</p> <p>Volonté de ne plus prendre de risque de conflit direct avec lui⁵⁷</p> <p>Sentiment de solitude⁵⁸</p> <p>Sentiment d'échec de son rôle de mère^{59 66}</p> <p>Sentiment que son fils est responsable de ce qu'elle est devenue⁶⁴</p> <p>Désir de pardonner à son fils⁶⁴</p> <p>Désir que son fils ne vive pas ce qu'elle a vécu⁶⁶</p>	<p>Disparition des passages à l'acte³²</p> <p>Fascination pour la méthode de soins des psychiatres¹⁵⁹</p> <p>Absence de modification de son comportement pendant le suivi¹⁶¹</p> <p>Apaisement de ses relations avec sa mère après le décès de son père¹⁷⁴</p> <p>Reconnaissance de l'importance de son père pour sa mère¹⁷⁵</p> <p>Séparation d'avec l'idée de rivalité avec sa sœur¹⁷⁶ et diminution de culpabilité envers son couple¹⁷⁷</p> <p>Réinvestissement de son couple¹⁸⁰</p> <p>Appui trouvé dans la relation avec sa psychiatre pour sortir de la relation perverse avec son fils¹⁸¹</p>
***** 18 Madame A	<p>*****</p> <p>Sentiment d'être rejetée par son gendre^{1 2 10}</p> <p>Hésitations pour raconter l'origine de ce rejet³</p> <p><i>Récit sur la naissance du petit-fils :</i></p> <p>Empressement pour visiter sa fille à la maternité⁴</p> <p>Appropriation du nouveau-né dans la chambre de sa fille^{5 6 7 8}</p> <p>Pleurs à la séparation avec le nouveau-né dans la chambre de sa fille⁹</p> <p>Appropriation secrète de la grossesse de sa fille^{11 12 13}</p> <p>Confidence de l'IVG¹⁴</p>	<p>*****</p> <p>IVG = perte²</p> <p>Syndrome de l'enfant de remplacement=mode de transmission^{10 9 6 13}</p> <p>Transmission transgénérationnelle d'un deuil périnatal prolongé^{7 9}</p> <p>Deuil périnatal non fait^{8 1 3 11}</p> <p>Forte projection des représentations imaginaires de l'enfant disparu sur le petit-fils^{4 5 12}</p> <p>Rupture des relations affectives intergénérationnelles¹⁴</p>

19 Madame B	<p>Objectif que son couple ressemble à celui de ses parents^{1BIS}</p> <p>Suspicion et découverte que son mari la trompe^{31 32}</p> <p>Sentiment d'abandon^{33 34 35 3 7 15 16 17 27 28 29}</p> <p>Sentiment d'être exclue par ses parents¹</p> <p>Sentiment de haine envers ses parents^{2 14}</p> <p>Confiance envers sa belle-sœur⁴</p> <p>Affection envers sa belle-sœur^{5 6}</p> <p>Sentiment de rancœur envers sa belle-sœur décédée⁷</p> <p>Sentiment d'être morte^{8 11 12 13 22 26 28 31BIS}</p> <p>Désir de se rapprocher de sa belle-sœur dans la mort^{9 40 41 43 18 19 20 21 22}</p> <p>Sentiment d'être criminelle^{36 37}</p> <p>Sentiment de mériter une punition³⁸</p> <p>Désir de mourir^{39 30}</p> <p>Sentiment d'être hantée par sa belle-sœur^{40 41 42 26 24}</p> <p>Sentiment d'étouffer son mari¹⁰</p> <p>Sentiment d'avoir besoin de certaines personnes¹⁴</p> <p>Sentiment de pourriture^{24 25 26}</p>	<p>Union très forte de ses parents^{4 5 45BIS}</p> <p>Bonheur du début de son mariage^{5BIS}</p> <p>Objectif de former un couple uni^{5BIS}</p> <p>Décollage du lien à son mari par l'éloignement⁸ et aventure amoureuse avec sa belle-sœur⁷</p> <p>Cristallisation suite au suicide de sa belle-sœur¹¹</p> <p>Mélancolie délirante chronique^{3 9 11 74 80 81} :</p> <p><i>Syndrome de Cotard :</i></p> <p>Syndrome de Cotard^{22 26 28 77}</p> <ul style="list-style-type: none"> -délire²⁵ avec tendance mégalomaniacal du délire^{40 41 45} -idées de damnation, auto-accusations de crimes imaginaires^{60 23 61 67 75 78 79} -négation ou transformation d'organe sur le thème de la pourriture^{24 59}, négation de son appartenance au monde^{24 29 30-36 65 66}, haine^{30 62 64 68 69 70 71 72 73} et risque suicidaire majeur^{1 63} -croyance d'être déjà morte^{12 22 25 46 77} <p><i>Incorporation :</i></p> <p>Processus d'incorporation pour éviter le vide, la disparition de l'autre et de soi^{13-19 51 53 54 57 76}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désir de ne faire qu'un avec son mari, sa belle-sœur morte^{45BIS 47 48} - Sentiment de naître après la mort de sa belle-sœur^{22 26 27 28} - Deuil impossible provoqué par l'objet incorporé^{19 20} - Régression provoqué par l'objet incorporé⁵² - Anorexie sévère provoqué par l'objet incorporé^{2 55 56} - Ambivalence dans la relation à l'objet incorporé²¹ <p><i>Difficulté de séparation :</i></p> <p>Difficulté de séparation avec l'objet qui la représente dans le désir de l'Autre^{39 6}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification au cadeau abandonné par son mari^{6 35} - Identification à sa belle-sœur morte^{49 50 51 58} - Répétition d'un vécu d'abandon^{37 38} <p>Lien possible entre thème d'ordure et pourriture avec celui d'auto-accusation criminelle de l'IVG⁶⁰</p>
----------------	--	---

20 une jeune femme	<p>Mal-être^{1 8 36}</p> <p>Triste^{2 35}</p> <p>Idées suicidaires³</p> <p>Anhédonie^{4 10 15 37 38 40 43}</p> <p>Pertes de connaissance répétées dans les transports en commun^{5 29 34}</p> <p>Souhait de poursuivre un traitement antidépresseur inefficace^{6 7}</p> <p><i>Réussite de sa vie :</i></p> <p>Sentiment de réussite de sa vie^{9 9BIS 11 13 16 24 26 44}</p> <p>Choix de bonnes études^{9BIS 55}</p> <p>Amour envers son ami^{12 13}</p> <p>Choix d'une vie sexuelle érotique^{23 55}</p> <p>Choix de vivre à Paris^{24 55}</p> <p>Choix d'acheter un appartement ensemble^{26 55}</p> <p>Sentiment d'avoir validé son engagement avec son ami par le nouvel acte de propriété²⁸</p> <p>Absence de regret d'avoir quitté son ancien ami¹⁴</p> <p>Sentiment de trahison envers lui¹⁶</p> <p>Sentiment de culpabilité envers lui¹⁶</p> <p>Tristesse d'avoir perdu la famille de son ancien ami^{17 18}</p> <p>Prise de conscience de cette perte^{19 20 21}</p> <p>Besoin de sa famille et de sa région en province^{22 25 26 39}</p> <p>Désir d'enfant^{27 46 50 52 54}</p> <p>Constat d'une similitude des pertes de connaissance avec sa mère³⁰</p> <p>Constat d'une alcoolisation un peu excessive³¹</p> <p>Inquiétude de cette alcoolisation³²</p> <p>Intérêt pour la réflexion développée par la psychanalyse^{33 41 42 48}</p> <p>Incapacité à relier ses symptômes à un évènement^{32 35BIS}</p>	<p>Réalisation de choix évidents et raisonnables^{19 20 21}</p> <p>Surprise des pertes accompagnant ses choix²²</p> <p>Ignorance de la possibilité de la perte^{23 24}</p> <p>Possession de plusieurs choses²⁵</p> <p>Banalité de ses propos²⁶</p> <p>Dépression de ses propos²⁶</p> <p>Absence de situations douloureuses dans sa vie à première vue^{27 28}</p> <p>Difficulté à reconnaître les tensions qui appuient ses choix²⁹</p> <p>Pas d'insatisfaction hystérique^{30 31}</p> <p>Difficultés à exprimer son vécu^{32 33 34}</p> <p>Nécessité que les mots passent par la bouche de l'analyste³⁵</p> <p>Accord conscient pour réaliser un avortement^{36 40} par conformité à la loi sociale, la doxa/évidence commune^{37 38 39 40 41 69 70}</p> <p><i>Désaccord :</i></p> <p>Choix forcé car : implicite, non formulé, non reconnu, non conscient^{5 6 11 12 13 43}, absence de problématisation⁴², de reconnaissance, d'énonciation de son désir¹⁵⁻¹⁸, absence de conflit, de mise en tension^{45 44}, absence de reconnaissance d'une perte quelque soit le choix⁴³</p> <p>Surprise de la coïncidence exacte entre l'apparition des symptômes et la date de naissance présumée⁴⁶</p> <p>Prise de conscience :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du lien entre symptômes et son opposition à son choix d'avortement⁴⁷ - du lien entre symptômes et la méconnaissance de la perte secondaire à l'IVG^{1 2 3 10 43 48} <p>Prise de conscience reliée à un mécanisme de⁴⁹ déni ? dénégation ? refoulement avec retour du refoulé sous forme de dépression ? récusation ? autre processus ?⁴⁹ Plutôt à une non-reconnaissance de la loi interne propre^{51 53 54 55 69BIS 103}</p> <p>Reconnaissance de sa loi morale interne permise par un travail analytique^{56 55 80 81}</p> <p>=> Reconnaissance d'un désaccord avec sa loi interne d'interdiction de jouissance sexuelle⁵⁷</p> <p>Problématisation de la décision qu'elle a prise⁶⁰⁻⁶⁶ à partir du thème des biens matériels, de la jouissance sexuelle^{71-73 75-79}, en inscrivant la possibilité d'une perte, en engageant sa subjectivité^{60-68 74}</p>
-----------------------	---	---

20 une jeune femme	<p>Constat du lien entre l'apparition des symptômes et le mois de septembre, 9^{ème} mois de l'année^{34BIS}</p> <p>Discussion sur sa mère et son travail⁴⁰</p> <p>Insistance sur l'avantage de son travail sur les 7^{1/2} mois de congés maternité avec plein salaire⁴⁵</p> <p>Sentiment que son état actuel est incompatible avec une grossesse⁴⁷</p> <p>Oubli de parler de son avortement au mois de janvier^{48 49}</p> <p>Secret de son avortement envers son entourage^{50BIS}</p> <p>Désir de ne pas choquer son entourage⁵¹</p> <p>Choix d'un avortement^{53 55}</p>	<p>Reconnaissance d'une perte secondaire à son choix d'IVG, d'un renoncement au désir d'enfant suite à la transgression de l'interdit de l'avortement, prix à payer pour accéder à la jouissance directe^{69BIS 77 78 79 87}</p> <p>=>Reconnaissance d'un désaccord sur ce renoncement, sur cette perte qui n'a pas été élaborée^{81 82 83 84}</p> <p>Manque de problématisation de sa décision, de son choix et de la perte qu'il provoque = Manifestation de ces désaccords par la dépression^{58 59 85 100}</p> <p>Désir conscient d'enfant non accompli = Dépression^{50 58}</p> <p>Distension entre désir et jouissance⁸⁸</p> <p>Confusion entre désir et volonté⁸⁹</p> <p>Le renoncement au désir est différent d'une restriction nécessaire de jouissance¹⁴</p> <p><i>Position féminine :</i></p> <p>Problématisation de la décision qu'elle a prise à partir du thème de la position féminine⁹⁰</p> <p>= Décision d'accéder à la position de femme et de cesser d'être la fille de ses parents par le renoncement à sa grossesse en transgressant l'interdit de l'avortement⁹¹</p> <p>= Attente en vain d'une reconnaissance symbolique de ce passage par le mariage et non par un acte de propriété^{93 94 95}</p> <p>= Dépression⁹²</p> <p><i>Désaccord et dépression liés à :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Antagonismes entre loi interne et doxa, entre désir et jouissance, entre jouissances convenables et pas convenables^{96-99 101-103} - Disparition des interdits et des passages¹⁰⁴ - D'où une influence de la doxa¹⁰⁵ - Et une croyance en l'autonomie de ses choix, libre-arbitre^{106 107} <p><i>Guérison de la dépression par :</i></p> <p>Expression de chagrin et de colère¹⁰⁸ / Réflexion sur la position de la femme par rapport à l'homme¹⁰⁸</p> <p>Joie d'être de nouveau enceinte⁵⁶/Arrêt du suivi suite à l'annonce de sa seconde grossesse⁵⁶/Mariage¹⁰⁸</p>
-----------------------	---	---

21 une jeune femme	<p>Alcoolisations massives et ponctuelles^{2 3}</p> <p>Demande de l'avis du psychiatre sur son comportement³</p> <p>Emportement à l'évocation d'un lien entre ses alcoolisations et un éventuel avortement⁴</p> <p>Révélation d'un avortement⁵</p> <p>Nécessité de cet avortement⁶</p> <p>Souvenir présent de cet avortement⁶</p>	<p>Ironie^{1 2 4}</p> <p>Confidence de ses alcoolisations³</p> <p>Colère à l'idée de ce lien⁵</p> <p>Aveu d'une souffrance secondaire à l'avortement^{6 7}</p> <p>Difficulté à exprimer cette souffrance⁷ car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - non acceptable socialement⁸ - non reconnue par le sujet elle-même^{9 11} <p>Oubli de cette souffrance dans l'alcool¹⁰</p> <p>Suicide alcoolique¹² causée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - profanation de la fonction symbolique essentielle de la femme^{14 13 25} - profanation de la procréation, de la maternité^{14 13} - meurtre du sujet féminin¹⁵ - meurtre du désir de maternité^{16 17 19 20} - avortement non désiré, forced par l'homme qui avait la place symbolique de père¹⁸ - profanation du pacte sacré qui lie les hommes et les femmes^{21 22 23} <p>Différence avec les déterminants de l'alcoolisme masculin²⁴</p> <p>Autre conséquence supposée de la profanation de cette fonction symbolique : la toxicomanie^{25 26}</p>
-----------------------	--	--

22	<i>Anéantissement :</i>	Bouleversement physique et psychique de l'annonce ^{1 2 3 4 6}
Michèle	Long silence ^{1BIS 1}	Reconnaissance de ce silence restaurateur ⁵
	Sentiment d'anéantissement ³⁰	Etonnement de voir les enfants handicapés jouer ⁷
	Volonté de fuir ³⁰	Reconnaissance envers les médecins de dire la vérité sur l'anomalie ⁸
	Constat que ce qu'elle porte est un enfant malgré son handicap ²	Rancœur envers les médecins voyant le fœtus plus objet de soin qu'enfant ⁹
	Sentiment d'étrangeté du contenu utérin ³	Sentiment d'hostilité déplacé du fœtus aux soignants ^{10 11}
	2 rêves ⁴ :	Paradoxe entre l'intérieur du bébé visible à l'échographie, et l'extérieur normal à l'œil nu ^{12 13 14}
	Rêve 1 : seule en montée dans un escalator, elle croise un enfant qui est sur le bord et qui la regarde	Solitude dans ce choix dans tous les cas mortel : fœtus, projet, narcissisme ^{15 76}
	Rêve 2 : elle monte un escalier, tombe, est relevée par un enfant	Désir de fuir la décision d'interrompre ou non sa grossesse ¹⁶
	Interrogation sur la situation de l'enfant dans ses rêves : laissé ou consentant pour l'IMG ⁷	Pas de contrôle de la situation ¹⁷
	Relation entre ses rêves, son IVG et l'anomalie foetale ⁵	Effondrement ¹⁸
	Interprétation de l'anomalie foetale actuelle comme une punition de l'IVG ⁶	Représentation du fœtus comme un futur enfant ¹⁹
	Peu bavarde au sujet du décès de sa mère ⁸	Culpabilité de l'IVG ²⁰
	Colère à cause du paradoxe des propositions administratives de prises en charge du fœtus ⁹	Interrogation de l'auteur sur avortement et dette de vie envers sa mère ^{20BIS}
	Prise de décision de l'IMG ¹⁰	Difficultés d'élaboration du deuil de sa mère ²¹
	Lourdeur du diagnostic pour elle ¹¹	Silence sur les traces laissées par son IVG ²²
	Solitude ¹²	Réactualisation de fantasmes archaïques et de pertes antérieures secondaire à la blessure narcissique liée au traumatisme actuel ^{23 29}
	Impossibilité de transformer un projet parental en un projet individuel ¹³	Inconcevabilité de l'IMG si le fœtus est considéré comme un être à part entière ^{25 26}
	Souhait de voir l'enfant ¹⁴	Confusion sur le statut du fœtus pouvant être inscrit à l'état civil ou autopsie ^{24 27}
	Refus de l'autopsie ¹⁴	Colère en lien avec la problématique du statut du fœtus ²⁷ causée par la précocité de ces propositions administratives ²⁸
	Repli sur soi, isolement social ^{33 15}	Peur de cette IMG nécessitant un accouchement normal ³⁰
	Attente des retrouvailles avec son mari ¹⁶	Refus de le tuer une 2 ^{ème} fois ³¹
	Impossibilité de parler de l'IMG lors de ces retrouvailles ^{17 18}	Dépression secondaire à un difficile travail de deuil ^{32 33 34 39}
	Evocation avec son mari du bébé, de leurs affects, de leurs projets ¹⁹	Régression consécutive à l'effondrement ^{32 33 36}
		Désir de retour à l'état de fusion avec sa mère et identification au fœtus ^{37 38}
		Peur mutuelle de la mort ⁴⁰
		Dénial mutuel de la réalité de la mort du bébé ^{40 47}

22 Michèle	<p>Sentiment d'être prête à avoir un autre projet d'enfant²⁰</p> <p>Sentiment d'accepter d'attendre son mari²¹</p> <p>Désir d'écriture²²</p> <p>Besoin de faire un lien entre avant l'IMG et après l'IMG²³</p> <p>Evocation de la mort de sa mère et des non-dits familiaux²⁴</p> <p>Excuse du comportement de son père au moment de ce décès^{27 26}</p> <p>Expression de ses émotions possibles grâce aux entretiens²⁹</p> <p>Sentiment de réconciliation entre elle et son bébé³¹</p> <p>Sentiment de retrouvailles avec sa mère décédée³²</p>	<p>Désir de partager et d'atténuer sa souffrance avec son mari^{42 43 44 45}</p> <p>Lien avec le bébé disparu possible par la colère et la douleur⁴⁶</p> <p>Incompréhension réciproque du couple⁴⁸</p> <p>Animosité réciproque du couple⁵⁰</p> <p>Réinstauration progressive d'un dialogue mutuel⁴⁹</p> <p>Acceptation de laisser le temps de la cicatrisation de cette blessure chez son mari⁵³</p> <p>Travail de deuil⁵³ par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - processus de sublimation de l'objet perdu^{54 55} - intégration de l'IMG et du bébé dans son histoire⁵⁵ <p>Rationalisation masquant une colère sur ces non-dits^{56 57}</p> <p>Sidération familiale liée au thème de la mort^{58 66 40}</p> <p>Confrontation nécessaire avec ses affects^{60 61 67 68}</p> <p>Autorisation progressive à exprimer ses affects⁶²</p> <p>Nécessité de ce temps de parole entre annonce et décision pour remettre en circulation sa pensée^{63 64 65 66}</p> <p>Travail de deuil de sa mère et réaménagement de ses repères identificatoires^{70 84}</p> <p>Travail de deuil périnatal^{72 73 74 75 77 78 81 83} :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sortir de la sidération⁷⁷ -donner un sens à la grossesse quelque soit l'issue⁷⁷ -interrogation et représentation du fœtus^{77 74 75} -inscription du bébé dans sa filiation⁶⁹ -arrêt du processus de parentalisation⁸⁰ -nécessité du désinvestissement psychique du fœtus⁸⁰ <p>Risque de deuil mélancolique après l'IMG^{82 83}</p> <p>Elaboration de la perte et des pertes antérieures ravivées, dans l'accompagnement proposé par le thérapeute^{59 71 79 81 84BIS}</p>
---------------	---	---

23 Femme A	<p><i>Court terme après la 1^{ère} IVG :</i></p> <p>Refus d'un suivi psychologique¹⁵</p> <p>Sentiment de ne pas en avoir besoin¹⁵</p> <p>Sentiment de ne pas assumer son choix/aveu de faiblesse si elle l'acceptait¹⁵</p> <p><i>Pendant la 2^{ème} IVG :</i></p> <p>Expérience horrible, pas géniale¹</p> <p>Sentiment de honte²</p> <p>Sentiment de culpabilité^{3 13}</p> <p>Pas de désir de parler de sa vie privée^{4 24 44 28}</p> <p>Désir que ce soit « liquidée »⁵</p> <p>Besoin que l'infirmière soit plus présente^{6 11 18 19 20 21 22 23 27 28 29 31 33}</p> <p>Besoin d'être soutenue sur sa décision⁷</p> <p>Doute sur sa décision⁸</p> <p>Mal-être^{9 12} / Sentiment de solitude^{16 17}</p> <p>Besoin de savoir si l'infirmière est en désaccord avec l'IVG²⁵</p> <p>Pas besoin de savoir si le médecin est en désaccord avec l'IVG²⁶</p> <p><i>-Après l'IVG :</i></p> <p>Mise d'une carapace pour faire comme si l'IVG n'avait jamais existé³⁰</p> <p>Nécessité de pouvoir être dirigée vers un psychologue après l'IVG³⁴</p> <p>Mal-être³⁵</p> <p>Inconscience du lien de son mal-être avec l'avortement^{36 38}</p> <p>Déprime³⁷</p> <p>Désir de mourir³⁹</p> <p>Pardon donné à elle-même⁴¹</p> <p>Réalisation d'un travail de deuil⁴²</p> <p>Besoin de ne pas se juger les uns les autres⁴³</p>	<p>Expérience horrible¹ (pendant la 2^{ème} IVG)</p> <p>Sentiment de solitude^{2 4}</p> <ul style="list-style-type: none"> - A travers les actes infirmiers³ <p>Sentiment de culpabilité^{5 15 23 37 42}</p> <ul style="list-style-type: none"> - A travers les actes infirmiers⁶ <p>Perturbation d'être dans le service de gynécologie-obstétrique⁷</p> <p>Besoin d'être physiquement mieux entourée^{9 10}</p> <p>Demande d'empathie^{22 11}</p> <p>Souhait que les infirmières soient plus authentiques²²</p> <p>Paradoxe entre le refus de parler de son vécu et du besoin d'entendre celui de l'infirmière^{12 13}</p> <p>Besoin de sécurité secondaire^{14 18} à un manque d'estime de soi^{16 39 40 42}, de culpabilité^{5 15 23 37 42}, d'anxiété^{14 17 36}</p> <p>Besoin d'être rassurée sur le non-jugement de l'infirmière et le protocole de l'IVG^{19 20}</p> <p><i>Mal-être :</i></p> <p>Difficultés à supporter ce mal-être^{21 29}</p> <p>Tristesse³⁶</p> <p>Découragement³⁶</p> <p>Colère contre soi-même et autrui exprimée le désir de mourir^{38 39 40}</p> <p>Crise secondaire au conflit d'évitement entre 2 solutions négatives quelque soit la décision^{24 25} nécessitant beaucoup d'énergie et une aide professionnelle pour sortir du conflit²⁷</p> <p>Pas correctement aidée pour sortir de cette crise de manière constructive^{27 28 29}</p> <p>Désirs inconscients dans la répétition de grossesses et d'IVG^{30 31 34} :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réassurance narcissique de l'intégrité des possibilités reproductrices³² - Désirer un enfant sans vouloir accoucher³¹ - Manque impossible à combler dans les grossesses non désirées répétées³³ <p>Ambivalence importante dans les demandes répétées d'IVG³⁵</p>
---------------	---	---

23 Femme B	<p>Demande d'aide psychologique¹</p> <p>Nécessité de supporter l'IVG et l'ambivalence de la décision^{1BIS 2}</p> <p>Nécessité de refouler pour supporter l'IVG et l'ambivalence de la décision^{1BIS 2}</p>	<p>Vécu traumatique avec chevauchement de plusieurs crises (divorce, sepsis, stérilité) rendant leur résolution plus difficile^{1 4 4BIS 6 5 7 10}</p> <p>Pas d'expression de sentiment de culpabilité²</p> <p>Souffrance³ secondaire au conflit de valeurs dans cette expérience d'IVG³</p> <p>Mécanisme de défense de non prise de responsabilité ; projection^{8BIS 8 22 15 24}</p> <p>Prise de distance avec son compagnon, son vécu émotionnel et sa conscience^{22 21}</p> <p>Blocage de l'expression des émotions⁹</p> <p>Processus de deuil non encore résolu¹¹</p> <p>Souffrance secondaire à un important manque d'estime de soi à travers des mécanismes de défense^{14 15 16}</p> <p>Peu de remise en question personnelle¹⁹</p> <p>Prise de distance empêchant l'identification et l'expression d'un besoin particulier²³</p>
23 Femme C	<p>Sentiment de colère quelques jours après l'IVG⁵</p> <p>Sentiment de voir la psychologue trop tard⁶</p>	<p>Pas de conséquence particulière après l'IVG^{4 5 3BIS}</p> <p>Faible sentiment de culpabilité^{3 6 7}</p> <p>Choix assumé^{3BIS}</p> <p>Pas d'utilisation de mécanisme de défense⁸</p> <p>Faible expression de manque d'estime de soi⁹</p> <p>Vécu moins perturbée que les femmes A et B pour cette crise (décision d'IVG)^{12 13}</p> <p>Bonne estime de soi lui permettant de mieux vivre cette expérience¹⁴</p>

24 Anna	<p>Recherche d'un dialogue avec le soignant¹</p> <p>Sentiment de nullité depuis l'enfance²</p> <p>Sentiment d'être imparfaite depuis l'enfance³</p> <p>Prise de conscience de la cruauté de son amant après l'IVG⁴</p> <p>Prise de conscience de la nécessité de quitter son amant après l'IVG⁵</p> <p>Séparation avec son amant après l'IVG^{6 7 8 9}</p> <p>Isollement chez elle dans les jours qui suivent l'IVG¹⁰</p> <p>Pleurs continus en racontant son histoire¹¹</p> <p>Souhait de quitter l'hôpital¹²</p> <p>Acceptation de l'idée du conte thérapeutique par l'infirmière¹³</p> <p>Très aidée par le conte^{14 22 26}</p> <p>Cauchemar de sa vie¹⁵</p> <p>Grande culpabilité¹⁶</p> <p>Désespoir¹⁷</p> <p>Changement de regard sur le sens de son histoire^{19 18 20 21} par le conte^{19 22}</p> <p>Extériorisation de sa douleur possible par le conte^{22 23}</p> <p>Réconciliation avec elle-même²³</p> <p>Libération²³</p> <p>Bien-être dans sa vie privée et professionnelle^{24 25}</p>	<p><i>Contact avec le personnel soignant :</i></p> <p>Etat de tristesse intense^{15 24}</p> <p>Attitude secrète^{16 6}</p> <p>Evitement du contact avec les soignants¹⁶</p> <p>Evaluation des capacités d'accueil des soignants¹⁷</p> <p>Besoin d'un certain temps avant de s'exprimer¹⁸</p> <p><i>Récit de son histoire depuis avant l'IVG</i></p> <p>Basse estime de soi depuis l'enfance^{19 28}</p> <p>Peu de confiance en elle depuis l'enfance²⁰</p> <p>Epreuve de l'avortement^{21 29 29BIS 31 33}</p> <p>Prise de conscience et rupture, par cette épreuve, de sa relation destructrice^{22 23 28 29 32}</p> <p><i>Récit de la rupture après l'IVG</i></p> <p>Nécessité de réaliser un deuil d'un avortement, d'un enfant avorté^{1 2 6 26 29BIS 30 30BIS}</p> <p>Culpabilité de l'avortement^{3 4 6 26 27 30 42}</p> <p>Aggravation du manque d'estime de soi par cette culpabilité^{5 13 30}</p> <p>Difficulté de faire ce deuil^{7 34}</p> <p>Perte d'espoir²⁴</p> <p>Inhibition psychomotrice²⁴</p> <p>Syndrome dépressif sévère²⁵</p> <p>Douleur et traumatisme de son histoire^{28 33}</p> <p>Amour impossible entre elle et son amant²⁸, entre une mère et son enfant²⁹</p> <p><i>Conte intitulé « Gaïa, la petite libellule qui s'ignorait elle-même » :</i></p> <p>Ignorance de sa capacité à aimer et à être aimée^{60 61 62 63 64 65}</p> <p>Peu habituée aux compliments^{64 67}</p> <p>Difficultés à accepter les compliments⁶⁶</p> <p>Désir de vivre une histoire d'aimer et d'être aimée^{68 69 70 84}</p>
------------	---	---

24 Anna	<p>Sentiment d'imperfection qui l'empêche de croire en la réalisation de ce désir⁷¹</p> <p>Soumission à un homme qui ne l'aime pas^{72 73 74 75 76 77 78 81 84}</p> <p>Manque de confiance en elle^{76 84}</p> <p>Souffrance de cette relation^{79 82 83} / Frustration de cette relation⁸⁰</p> <p>Incapacité à quitter son amant malgré des moments de lucidité⁸¹</p> <p>Persistance du désir d'être aimée par son amant en corrigeant ses imperfections⁸³</p> <p>Manipulation par son amant⁸⁴</p> <p>Joie et crainte à la nouvelle de sa grossesse^{85 86 87}</p> <p>Solitude à la réaction de son amant^{87 88}</p> <p>Désespoir à la réaction de son amant^{87 88 89}</p> <p>Culpabilité d'avoir choisi un tel père pour son enfant⁹⁰</p> <p>Désir de protéger l'enfant des menaces de son père par l'avortement^{91 92 93 94}</p> <p>Souffrance à cause de cet avortement^{95 96 108}</p> <p>Prise de conscience de la manipulation de son amant sur elle^{97 98 99 100}</p> <p>Décision de rompre avec lui^{101 102 103 104 106}</p> <p>Prise de conscience de la nécessité de rompre avec son amant pour devenir elle-même^{105 106 107}</p> <p>Douleur de cette rupture¹⁰⁵</p> <p>Amour persistant pour l'enfant avorté¹⁰⁸</p> <p>Connaissance et respect d'elle-même permis par cet avortement^{106 107 108}</p> <p>Contact et expression d'émotions verrouillées^{43 44 46 47 53}</p> <p>Réalisation d'un deuil compliqué^{44 47 1}</p> <p>Sens donné à son vécu^{37 48}</p> <p>Déculpabilisation⁴⁹ / Restauration de l'estime d'elle-même^{50 13} / Réconciliation avec elle-même^{51 36}</p> <p>Intégration de l'épreuve vécue dans son histoire de vie⁵²</p> <p>à l'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> -du conte thérapeutique et de l'entretien unique^{35 39 40 53} -d'un accueil sans jugement^{12 41} -d'une mise en confiance, d'une écoute lors de l'entretien^{8 9 10 11 40}
------------	--

25 Barbara	Vécu de la 2 ^{ème} IVG différent de la 1 ^{ère} IVG ¹ Pas de culpabilité à la décision de la 2 ^{ème} IVG ²	Sens différent donné à une même décision ^{2 4} Absence de culpabilité avant la 2 ^{ème} IVG contrairement à avant la 1 ^{ère} IVG (<i>il y a 15 ans</i>) ³
25 Michèle	Regret que l'IVG ne soit pas rentrée dans les moeurs ¹ Souhait que les femmes ayant aborté sortent de leur silence ² Pas de ressenti particulier, pas de culpabilité ^{3 4 5} Malaise à cause du regard des autres et non de l'IVG ^{6 7 8} Culpabilité de ne pas culpabiliser de l'IVG ⁵	Atypie du cas de figure de Michèle ¹ Répétition d'une exposition à la déviance ^{2 3} Prise de recul sur les réactions de l'entourage et des soignants à cause de cette répétition d'une exposition à la déviance ^{2 3} Considération de la stigmatisation morale de l'IVG ⁴ Lutte contre la réprobation et la compassion d'autrui ¹¹ Hypothèse que la répétition d'une déviance/d'IVG modifie le positionnement des femmes par rapport à l'IVG ^{8 9}

Annexe VII : Retranscription et codage du vécu psychique après l'IVG

Annexes confidentielles pour la mise en ligne

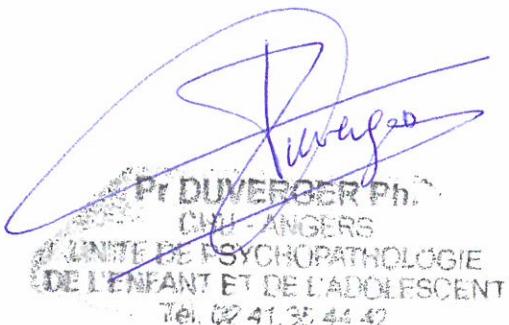
PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Mademoiselle Albane Mainguy

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



Pr DUVERGER Ph.
CHU - ANGERS
UNITE DE PSYCHOPATHOLOGIE
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
Tel. 02 41 35 44 42

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



MAINGUY Albane

**SYNTHESE DE LA LITTERATURE QUALITATIVE FRANCOPHONE EN
PSYCHOLOGIE DEPUIS L'ANNEE 2000 SUR LE VECU PSYCHIQUE DE LA FEMME
APRES L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)**

RESUME

INTRODUCTION : Le vécu psychique de la femme après l'IVG a particulièrement été exploré par des études quantitatives anglo-saxonnes. Leurs résultats sont contradictoires et montrent l'intérêt d'une recherche qualitative sur ce thème.

METHODE : Une synthèse en recherche qualitative a été réalisée à partir d'un matériel qualitatif, francophone, publié entre 2000 et 2012, dans des bases de données en sciences humaines ou pluridisciplinaires, sur le thème du vécu psychique de la femme après l'IVG. Les deux critères d'exclusion sélectionnaient des documents dont les auteurs avaient rencontré des femmes et rapporté leurs propos. Les données ont été retranscrites, soumises à un double codage, à une analyse thématique puis compréhensive.

RESULTATS : 4.3% des documents ont été inclus. A partir d'études de cas et d'entretiens cliniques de 25 professionnels de santé mentale, le vécu de 30 femmes a été analysé. Parce qu'elles ont suivi des entretiens psychothérapeutiques, leur recrutement entraîne une surestimation probable du vécu psychique post-IVG constaté.

CONCLUSION : Conflit relationnel intrafamilial, mal-être et culpabilité, troubles comportementaux et psychiatriques, choix d'un nouveau projet de vie, vécu de perte, besoin d'un accompagnement psychologique, psychosomatique et ambivalence de la demande répétée d'IVG sont les thématiques de ce vécu post-IVG pouvant être liées à l'existence d'un conflit psychique, et dont le repérage pourrait conduire à un accompagnement avant et après l'IVG.

MOTS-CLES

médecine générale	avortement provoqué
psychologie	conflit
recherche qualitative	crise identitaire
interruption légale de grossesse	deuil

FORMAT

Mémoire Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié

¹ statut au moment de la soutenance

suivi par : Indiquer le NOM de la personne qui suit la publication (directeur ou président, par exemple)