



# Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces

---

**Cécile BRÉHAT**

Psychologue clinicienne

PAST et Chercheure associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

[brehatcecile@yahoo.fr](mailto:brehatcecile@yahoo.fr)

## Résumé

À partir d'une recherche doctorale et en appui sur une pratique clinique en service de psychiatrie infanto-juvénile, cet article vise à éclairer les effets à long terme de violences conjugales sur la traversée psychique d'une grossesse et les effets des violences conjugales dans la construction des liens précoces. En illustrant le propos par des vignettes cliniques, il montre comment la mise en jeu du pulsionnel, que ce soit à travers une grossesse ou dans la relation intersubjective avec le bébé, réactive le traumatisme psychique de la violence et entrave les processus de subjectivation et la mise en place de la fonction alpha, nécessaire à l'établissement des premiers liens. Les difficultés d'ajustement dans le lien peuvent créer des troubles notamment à expression somatique chez le bébé.

## Abstract

Based on doctoral research and clinical practice in a child and adolescent psychiatry department, this article aims to shed light on the long-term effects of domestic violence on the psychological process of pregnancy and the effects of domestic violence on the construction of early bonds. Illustrated with clinical vignettes, it shows how the activation of the drive, whether through pregnancy or in the intersubjective relationship with the baby, reactivates the psychic trauma of the violence and hinders the processes of subjectivation and the establishment of the alpha function, which is necessary for the establishment of the first bonds. Difficulties in adjustments to the bond can lead to disorders, particularly somatic ones, in the baby.

## Mots-clés

Violences conjugales – Grossesse – Traces psychiques – Liens précoces – Transgénérationnel

## Keywords

Domestic violence – Pregnancy – Psychic traces – Early bonding – Transgenerational

## CONTEXTE<sup>1</sup>

Depuis plus d'une dizaine d'années les conséquences psychiques, physiques et sociales des violences conjugales préoccupent les pouvoirs publics dans le monde<sup>2</sup> et en France comme en témoigne l'intégration au premier plan de la lutte contre les violences faites aux femmes dans le plan interministériel pour l'égalité entre les hommes et les femmes 2023-2027. En 2019, s'est organisé le Grenelle des violences conjugales, ainsi que la publication du

---

1. Certains éléments du contexte et de la méthodologie ont déjà fait l'objet d'une publication cf. Bréhat (2019).

2. Convention d'Istanbul : Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, avril 2011.

rapport du GREVIO<sup>3</sup>. En 2010, la loi « relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants »<sup>4</sup> a reconnu que les violences conjugales ne concernent pas seulement les partenaires du couple mais aussi leurs enfants. Les travaux réalisés au Canada (Fortin & al. 2000, Racicot & al. 2010) et aux États-Unis (Wood & Sommers 2011) sur les enfants dits « témoins » ou « exposés »<sup>5</sup> aux violences du couple ont participé à cette prise de conscience. Des travaux français (Savard & Zaouche-Gaudron 2011) mettent aussi en avant les difficultés affectives, sociales, comportementales et cognitives de ces enfants ainsi que des problèmes de santé, des symptômes de stress post-traumatique, des conflits de loyauté ainsi qu'un renversement des rôles observable par un processus de parentification.

Différents travaux se sont également intéressés aux conséquences des violences conjugales pendant la grossesse. Ils tentent d'établir un lien entre violences conjugales et grossesse et, plus précisément, entre la survenue d'une grossesse et le début des violences conjugales. Selon l'enquête Violence et RAports de GENre (VIRAGE 2015)<sup>6</sup> et l'enquête nationale sur les violences faites envers les femmes en France (Enveff 2000), des violences physiques sont constatées dans 3 à 8% des grossesses. Ce taux de violence serait trois à quatre fois supérieur en cas de grossesse non désirée. Certains travaux (Gazmararian & al. 1996, Helton & al. 1987, Martin & al. 2001, Stewart & Cecutti 1993) indiquent que la grossesse serait un évènement déclencheur ou aggravant des violences conjugales physiques. Dans 40% des cas, soit quasiment une fois sur deux, les violences conjugales débute lors de la grossesse ; 70% des femmes enceintes ont déclaré que la violence s'était aggravée durant la grossesse ; parmi les femmes qui ont déclaré des violences, 90% en ont subi en postnatal précoce, durant les trois mois suivant l'accouchement. Des travaux (Pelizzari & al. 2013) au sujet des conséquences directes des violences conjugales physiques sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur la santé des femmes et celle de leur enfant ont également été réalisés. En effet, les femmes ayant subi des violences physiques avant et/ou pendant la grossesse auraient des risques significativement plus élevés de présenter un grand nombre de pathologies obstétricales. Selon Sadlier (2015), les violences conjugales peuvent aggraver une maladie chronique de la femme enceinte (diabète, hypertension artérielle, asthme) avec des possibles effets néfastes sur le développement du fœtus. Rappelons aussi les atteintes directes d'organes, les fractures des os en formation y compris la boîte crânienne. Selon une étude de l'OMS en 2013<sup>7</sup>, la violence physique du partenaire intime pendant une grossesse augmenterait aussi la probabilité de fausse couche, de naissance d'enfant mort-né, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance. J. Silverman et ses collègues (2006) retrouvent des risques augmentés jusqu'à plus de 90% pour les métrorragies, plus de 60% pour les ruptures prématurées des membranes, les infections urinaires et les vomissements incoercibles, plus de 48% pour le diabète et plus de 40% pour l'hypertension artérielle. Les nouveau-nés de ces femmes ont un risque de prématurité significativement augmenté jusqu'à 37% et d'hypotrophie jusqu'à 21%. Une enquête de 2012 (Joudrier 2012) étudiant rétrospectivement, sur un département français, le déroulement de la grossesse de femmes victimes de violences conjugales indique un taux d'accouchement prématuré de 23% contre 7%. Une récente étude américaine (Donovan & al. 2016), qui a réalisé une méta-analyse avec les données médicales issues de 50 études regroupant plus de cinq millions d'enfants de 17 pays différents, conclut à 2,3 fois plus de naissances prématurées et un poids de naissance 2,5 fois plus faible que la moyenne. Dans ces situations, la prématurité pourrait s'envisager comme une conséquence sur le fœtus de la maltraitance faite à la mère.

---

3. Le GRoupe d'Experts sur la lutte contre la VIOLence faites aux femmes (GREVIO) est une instance émanant du Conseil de l'Europe qui a pour mission d'évaluer chaque pays membre de la Convention d'Istanbul afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre des recommandations de la convention.

4. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010.

5. Le passage de « témoin » à « exposé » est indicatif de la prise en compte des différentes réalités de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : être témoin direct des épisodes violents (voir ou entendre), être soi-même victimisé ou impliqué lorsqu'ils surviennent (par ex. tenter d'intervenir), être exposé à leurs contrecoups (climat de peur, silence lourd, mère blessée, arrestation, etc.) ou entendre le récit des actes subis.

6. Réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED).

7. Étude de l'OMS, « Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effect of intimate partner violence and non-partner sexual violence », 2013.

Les conséquences des violences conjugales anté-, péri- et post-natales précoces ont un effet à court, moyen et long terme sur le développement somatique, neurologique et psychique du fœtus, du nourrisson et de l'enfant, même si à l'heure actuelle, les troubles restent sous-diagnostiqués car l'investigation s'avère difficile. Par ailleurs, la représentation sociale idéalisée de la grossesse rend difficile la représentation de la violence pour les professionnels de santé qui ne posent pas forcément la question au sujet d'éventuelles violences conjugales vécues (Salmona 2008). De plus, nous savons que le sentiment de honte souvent ressenti dans les situations de violences conjugales enjoint à se taire et entrave les processus de subjectivation.

## APPROCHE INTER- ET TRANSGÉNÉRATIONNELLE DES VIOLENCES CONJUGALES

Pour approcher les conséquences des violences intrafamiliales sur la construction des liens précoces, commençons par appréhender l'économie psychique du couple dans lequel s'agissent des violences conjugales car avant d'être une famille, on est d'abord un couple. Selon A. Sanahuja (2020, p. 197) : « Avec la formation d'un couple, deux familles se rencontrent. (...) Tout sujet serait vêtu d'un habit tissé avec une multitude de fils représentant les liens familiaux qui l'enveloppent dès sa naissance et tout au long de sa vie. (...) Lors de la formation de tout couple, les partenaires amoureux « partageraient leurs habits », mettraient en commun leurs « fils familiaux » pour tisser une tunique singulière ». Cette tunique singulière est alors considérée comme une enveloppe psychique (Anzieu 1985) contenant un espace psychique commun qui lui-même est inclus dans l'espace familial élargi par les deux lignées. En référence aux travaux d'A. Ruffiot, fondateur de la thérapie psychanalytique du couple et de la famille, c'est ce qui constitue l'appareil psychique familial qui constitue la toile de fond du sujet et de la famille. Cette approche familiale psychanalytique nous permet de resituer les violences conjugales dans leurs dimensions inter- et transgénérationnelles. Elle éclaire également quelle place fantasmatique l'enfant à naître peut être appelé à occuper dans l'économie psychique du couple et plus largement dans l'espace familial, en fonction des enjeux inconscients transgénérationnels. En effet, le tissage des liens du couple est aussi fait d'éléments traumatiques, non élaborés ou restés en souffrance que chaque partenaire tente de contenir dans cette enveloppe psychique du couple pour « stabiliser » le couple. Selon R. Kaës (2009), le lien intersubjectif serait un lien reposant sur des alliances inconscientes entre les deux sujets du couple dont le but serait de le conserver car lui seul permettrait d'atteindre les buts inconscients de chacun.

Pour S. Freud (1914), le bébé à venir occupe le lieu du Moi idéal du parent défini comme une « formation psychique appartenant au registre de l'imaginaire, représentative de la première ébauche du moi investie libidinalement » (Chemama 1998, p. 256). Le Moi Idéal caractérise le Moi réel qui aurait été l'objet des premières satisfactions narcissiques. Le sujet aspire à retrouver ce Moi-Idéal conçu comme un idéal de complétude narcissique, édifié sur le modèle du narcissisme infantile. Le narcissisme parental, en tant que reviviscence du narcissisme infantile, serait une source d'amour intense dans un transfert d'espoirs et idéaux, c'est ce qu'il nomme « His Majesty the Baby ». L'investissement narcissique serait donc au fondement du lien à l'enfant. Or, dans les situations de violences conjugales, le lien est souvent qualifié de « collusif » (J. Payen de la Garanderie, 2014). La collusion, constitutive du lien conjugal, est définie comme « une organisation croisée, couplée, articulant désirs et défenses autour de fragilités structurelles de chaque partenaire » (Sanahudja A., 2017, p : 197). Le couple se construit souvent « autour d'un ennemi commun, ou tiers persécuteur qui va les souder et masquer pour un temps l'ennemi intime, en le projetant vers l'extérieur un tiers persécuteur » (J. Payen de la Garanderie, 2014, p : 39). L'enfant à naître, par les remaniements psychiques qu'engendrent les processus de maternalisation et de paternalisation, peut se retrouver à cette place de tiers persécuteur dont la fonction est de stabiliser le lien conjugal. La période de la grossesse peut réactiver chez les pères et les mères des vécus traumatiques infantiles. Pour certains hommes, la période de grossesse va réveiller des défaillances narcissiques profondes, en particulier pour ceux ayant un vécu infantile empreint d'événements traumatiques de séparation et de violences. Du fait d'une absence de tiers intériorisé, le père peut vivre l'enfant du couple comme un rival, face à l'insupportable investissement libidinal de la mère pour un autre, ce qui peut raviver une dimension abandonnique. Il arrive aussi que certaines femmes enceintes, envisagent leur bébé comme porteur d'accalmie ou de sérénité donc du côté de la réparation du couple conjugal. Pour d'autres, la présence d'un autre en soi peut relever de l'insupportable jusqu'à entraîner de la maltraitance sur le fœtus. Elles peuvent alors attaquer directement leur fœtus en se donnant des coups dans la paroi abdominale ou avec des techniques abortives (C. Tabet, 2009). Cette approche inter- et transgénérationnelle permet de saisir

comment l'enfant à venir ou nouvellement né peut alors devenir la cible des vécus traumatiques antérieurs non résolus.

## **LES CONSÉQUENCES À LONG TERME DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LE VÉCU PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE : UNE DÉCOUVERTE CLINIQUE**

Dans le cadre d'une recherche doctorale sur la construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées (Bréhat 2018), l'irruption dans le récit de violences conjugales passées chez plusieurs femmes rencontrées, alors même que la femme enceinte n'est plus en couple avec un conjoint violent, a suscité une interrogation clinique. Qu'est-ce qui les conduit à parler de violences conjugales passées, évoquées avec de vives émotions et l'expression de sentiments de honte et culpabilité, alors qu'elles étaient invitées à parler du vécu psychologique de leur grossesse actuelle ? Face à la récurrence de ce surgissement dans le présent d'un vécu de violences passées, nous nous sommes interrogées (Bréhat 2019) sur le lien entre processus de maternalité défini comme « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » (Racamier 1979) et l'apparente nécessité de tenter de subjectiver les réminiscences d'un corps violenté.

### **Méthode de la recherche**

Dans le cadre de cette recherche qualitative, longitudinale (en pré- et en post-partum) et comparative auprès d'une population de femmes primipares afin d'approcher les spécificités de la construction du sentiment maternel en situation de grande prématurité, nous avons rencontré vingt femmes hospitalisées ou non en service de grossesses à risques qui répondaient aux critères suivants : 1er enfant de la femme, grossesse unique, femmes vivant en couple avec le père de leur enfant, francophones et majeures. Aucune n'était dans un isolement social ou familial. Au travers d'entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure, nous leur avons proposé de témoigner du vécu psychologique de leur grossesse et des premiers temps de vie avec leur enfant, la visée étant de repérer comment s'est construite pour elles leur maternalité à travers l'évolution des processus psychiques au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant. Elles ont été sollicitées par le biais de services de maternité et de consultations de sages-femmes en libéral. Avec leur accord, les entretiens ont été enregistrés, transcrits et anonymisés. L'analyse des données discursives visait à explorer les déterminants psychiques sous-jacents par une analyse qualitative des contenus des verbatim (Blanchet & Gotman 2000) et une analyse des procédés discursifs avec une attention particulière portée aux mécanismes défensifs (Maingeneau & Angermüller 2007). En lien avec les hypothèses de recherche, les entretiens ont été travaillés selon deux axes : la construction du maternel, à travers le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des premiers temps avec l'enfant prématuré et la place que ces femmes accordent au discours médical.

### **La fonction de protection : un lien entre le narcissisme et les processus de maternalisation**

Pour ces femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche, un travail d'élaboration des réminiscences serait nécessaire pour pouvoir réinvestir leur narcissisme afin de se représenter en tant que mère pouvant assurer une fonction protectrice de l'autre en elle et à venir. Les réminiscences de violences conjugales passées pourraient alors s'envisager comme une tentative d'élaboration de cette fonction de protection que la construction du maternel appellerait et qui serait précisément défaillante chez la femme qui a subi des violences conjugales. L'identification à une position maternelle de protection permettrait un investissement libidinal du fœtus sans se sentir dangereuse pour lui, ni à l'inverse menacée par lui. Cette identification passerait par un travail psychique de restauration d'un narcissisme fragile. M. Bydlowski & B. Golse (2010) identifient un mouvement de bascule de l'attention psychique du contenant au contenu au cours de la grossesse psychique, en correspondance aussi avec la perception des mouvements fœtaux. Ce mouvement de bascule permettrait de passer d'un surinvestissement narcissique à l'investissement objectal du bébé. Un travail de subjectivation de ces expériences traumatiques peuvent s'avérer nécessaire pour pouvoir « basculer » dans un investissement objectal et se construire une représentation d'elle-même en tant que mère et ainsi se représenter l'enfant à venir. Beaucoup d'études ont été réalisées sur les conséquences directes des violences intrafamiliales sur le développement des enfants, mais peu d'études explorent les

effets à long terme des violences conjugales. Cette découverte clinique amène à étudier l'effet de violences conjugales de manière plus large que dans l'ici et maintenant. Elle ouvre sur la persistance des traces psychiques d'anciennes violences vécues et sur les effets de leur réactivation dans des événements de la vie qui touchent la mise en jeu pulsionnel du corps : traversée psychique d'une grossesse, mais aussi dans la création des liens précoces.

## **EFFETS DES VIOLENCES CONJUGALES DANS LA CONSTRUCTION DES LIENS PRÉCOCES**

Nous avons vu l'intrication entre le narcissisme du parent et les processus de maternalisation ou autrement dit entre le narcissisme du parent et ses capacités psychiques d'investissement libidinal de l'objet. La prise en compte de la dimension transgénérationnelle dans les situations de violences conjugales éclaire la place fantasmatique que peut venir occuper l'enfant à naître. Les violences conjugales affectent le psychisme de la femme et donc de la mère en devenir dans sa fonction de contenance.

### **Effets des violences conjugales sur le psychisme de la femme**

Selon C. Metz et A. Thevenot (2021), la dynamique relationnelle cyclique et mortifère des violences conjugales impacte précisément le narcissisme de la femme victime de violences conjugales qui se traduisent dans des affects de honte et de culpabilité. Le traumatisme psychique de la violence effracte le système de pare-excitation, a un effet désorganisateur (difficulté de liaison de l'affectivité à des représentations) et attaque les processus de symbolisation (Freud 1920). Ce travail de destruction génère des failles dans les enveloppes psychiques du sujet (Kaës 2015). Or, la mise en place de la fonction alpha (Bion 1962), centrale dans le processus intégratif, est mise à mal par l'effet des violences conjugales sur le psychisme de la mère. La capacité de rêverie maternelle, facteur de la fonction alpha, est définie comme un « *état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, un état d'esprit capable, autrement dit, d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises* » (*id.*, p. 54). Elle se trouve alors entravée par le traumatisme psychique de la violence. Les fonctions de protection, de contenance et de transformations sont perturbées, ce qui entraîne des difficultés d'ajustement aux besoins psychiques du bébé, voire un dysfonctionnement relationnel. Le concept de maternel primaire (Roussillon 2011) montre l'importance du pulsionnel dans la construction du lien précoce. Il définit quatre traits abordés « *à partir des élans pulsionnels du bébé et de leur accueil par la mère* » pour que le bébé puisse intégrer et s'approprier le lien. Ce concept, qui met en lumière l'importance de la capacité d'accueil et de contenance de l'activité pulsionnelle du bébé pour qu'elle puisse s'organiser, nous donne à penser sur l'interprétation qui peut être donnée par la mère en fonction des représentations attachées aux manifestations pulsionnelles du bébé. Quelle « coloration » va être donnée à l'interprétation de l'activité pulsionnelle du bébé : quand il crie, quand il pleure, quand il tète en fonction de son propre rapport à la pulsionnalité ?

Le vécu corporel des expériences sensori-motrices et tonico-émotionnelles s'organise dans un climat interactif à travers le holding, le handling (Winnicott 1961) et la fonction alpha afin que le bébé puisse construire son self à travers un sentiment de continuité d'existence. Si le contexte familial est violent, la stabilité et les routines interactives dont a besoin le bébé pour se développer harmonieusement est mise à mal. Un excès ou un défaut de stimulations sensorielles par manque de disponibilité psychique parentale en lien avec des violences conjugales et/ou la dépression a des effets dans la construction des modalités relationnelles précoces et plus particulièrement dans la régulation émotionnelle. Si les éprouvés ne sont pas « détoxifiés » par la fonction maternelle, ils sont évacués par le bébé dans des tensions motrices, des pleurs inconsolables ou de l'agitation. Le développement global de l'enfant s'en trouve alors atteint car son développement somato-psychique du bébé se construit en étayage sur celui de l'adulte. Dans le lien intersubjectif, de quoi le bébé a-t-il besoin pour se construire psychiquement ?

### **Les besoins psychiques du bébé**

La néoténie du bébé ou son état de détresse « Hiflosigkeit » (Freud 1926) est à l'origine de sa dépendance absolue à son environnement. Le nourrisson se vit comme indifférencié de celui qui s'occupe de lui – le « Nebenmensch », l'Autre secourable. Les soins font partie intégrante du bébé car il est dans un état de non-intégration. Il n'a alors pas de moyen de savoir ce qui lui est offert et ce dont il est préservé. Cet état de « double dépendance »

(Girard 2017) souligne l'importance de la qualité des soins maternels dans la construction des relations précoces : « *En s'adaptant aux besoins du Moi de l'enfant, la mère donne le temps aux facultés de l'enfant qui apparaissent avec la maturation de se développer* » (id, p. 26). C'est grâce à la disponibilité et la permanence des soins que l'enfant va peu à peu construire un sentiment de continuité d'existence et qu'ainsi va se développer son self (Winnicott 1961). Peu à peu, le bébé va pouvoir se représenter les objets en leur absence. Cette représentation interne de l'objet va lui permettre de supporter la séparation. C'est ainsi que peut se mettre en place l'activité de pensée qui à son tour consolide les bases narcissiques de l'individu, c'est-à-dire que se sentir penser favorise la continuité du sentiment d'exister. On passe alors du sentiment d'être au sentiment de continuité d'existence (Golse 2020).

Les difficultés d'intégration des expériences lors de cette période de dépendance absolue entraînent des ruptures du holding qui se traduisent par de l'empiètement suscitant des angoisses primitives comme se sentir morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas pouvoir s'orienter. Le bébé ne se rend pas compte de la carence mais souffre des conséquences de ces ruptures de holding car il a besoin des capacités d'attention psychique, de contenance, et de transformation de l'autre pour se construire psychiquement (Bion 1962, Mellier 2012). Le bébé a besoin d'intérioriser les fonctions contenantes d'un objet maternel sécurisant (Bick 1968) pour se sentir à l'intérieur d'une peau qui délimite un intérieur et un extérieur. Quand l'enfant ne se sent pas contenu, peuvent alors se mettre en place des angoisses catastrophiques d'anéantissement, une identité adhésive, des sensations d'agrippement sensoriel pour retrouver une stabilité perdue ou une « seconde peau » : auto-agrippement à une fonction physique ou psychique (carapace musculaire). La fonction de protection est donc nouée au holding qui à la fois contient et empêche l'émergence d'angoisses primitives : « *Le nourrisson qui est porté, ou qui est dans un berceau, n'a pas conscience qu'on ne cesse de l'empêcher de tomber* » (Winnicott 1957, p. 79). Autrement dit, « *Les souffrances ou anxiétés primitives désignent au contraire des angoisses-tensions qui signalent la faillite d'un premier contenant psychique* » (Mellier & Rochette-Gugliemi 2009, p. 115). Ce sont bien ces fonctions de contenance et de transformation attaquées chez la mère par le traumatisme psychique des violences conjugales qui feront alors défaut chez l'enfant, entravant ainsi son développement harmonieux.

## VIGNETTE CLINIQUE : NICOLAS ET SA MÈRE

Issue d'une pratique clinique en tant que psychologue clinicienne en service de Psychiatrie Infanto-Juvenile, la rencontre avec Nicolas et sa mère illustre ce qui peut se jouer dans la construction des liens précoces parents-enfants et plus particulièrement mère-enfant dans une situations de violences conjugales, même lorsque la mère n'est plus avec le conjoint violent et père de l'enfant.

Sur les conseils de la puéricultrice de la Protection Maternelle Infantile, la mère de Nicolas appelle le service de Psychiatrie Infanto-Juvenile pour une demande de consultation en raison d'une « *stagnation pondérale* » et de « *difficultés relationnelles* ». Nicolas est âgé de 2 ans et 1 mois ½. Il est enfant unique et vit avec sa mère qui ne travaille plus. Avec ces éléments cliniques recueillis par le secrétariat, je reçois Nicolas et sa mère pour un premier entretien clinique.

### Premier entretien clinique

La mère commence l'entretien en motivant sa demande de consultation pour son fils ainsi : « *Il ne prend pas de poids (...) il a peur des personnes (...) il se jette par terre* ». Elle poursuit en précisant assez rapidement que Nicolas a été exposé à des violences conjugales graves, sans vouloir en dire davantage, en faisant mine de ne pas vouloir parler de cela devant son fils. Elle précise que le père de Nicolas est incarcéré. Je l'interroge sur le contexte d'apparition des symptômes : « *Depuis la naissance, il pleure (...) déjà il ne dormait pas, son poids stagnait* ». Je lui demande alors de préciser ce qu'elle nomme des difficultés relationnelles : « *Il pleure, il hurle pour n'importe quoi, c'est comme si ça ne collait jamais (...) Il fait des crises incompréhensibles, j'ai du mal à comprendre ce qu'il veut (...) Quand il voit quelqu'un, il court vers moi* ». Nicolas, lui de son côté, me regarde du coin de l'œil. Il ne sourit pas. Il dit quelques mots. Il est pâle et plaintif. Il gémit sans cesse, comme pour illustrer ce que sa mère décrit de lui. J'éprouve des difficultés à entrer en relation avec lui.

La poursuite de l'entretien clinique me permet d'entendre que ses parents se sont rencontrés trois ans avant sa naissance. Les violences conjugales auraient commencé lorsqu'ils se sont installés ensemble. Elle me raconte que lorsqu'elle est tombée enceinte, les violences conjugales ont augmenté : « *tu as mon fils, je serai toujours avec toi* », lui aurait-il dit. Elle dit ne pas avoir pu partir car elle voulait l'aider. Je lui demande quelles relations elle entretient avec le père aujourd'hui. Elle me répond : « *Aujourd'hui, je ne veux plus rien savoir de cet homme (...) quand je vois la liberté que j'ai (...) il me manipulait, il prenait tout mon argent* ». Elle poursuit sur la narration de cette relation d'emprise. À ce moment de l'entretien, Nicolas se met à pleurer intensément et se couche par terre en se collant littéralement à l'armoire comme pour trouver une limite. Je suis alors décontenancée par ses pleurs qui évoquent une réelle détresse. Je le rejoins et lui caresse le dos en lui parlant doucement et calmement. Je me dis que sans doute il nous donne à entendre ce que le discours de sa mère lui fait vivre et m'appuie sur ce que je ressens contre-transférentiellement pour tenter de mettre en mots ce ressenti. J'essaie de mettre en lien ce qu'il exprime avec ce que j'ai entendu dans les paroles de sa mère et ce qu'il a dû éprouver dans cette histoire. Il s'apaise alors peu à peu. La mère me regarde et me dit : « *c'est la première fois que je le vois comme ça* ». Je l'interroge sur le sens de cette parole. Elle précise : « *je n'arrive jamais à l'apaiser* ». Elle poursuit sur les troubles du sommeil de Nicolas qui présente des difficultés d'endormissements et fait des cauchemars. Je conclus l'entretien en lui proposant un nouveau rendez-vous dans quinze jours pour poursuivre ce travail engagé. Je propose un temps d'accueil thérapeutique ouvert pour Nicolas que nous proposons dans notre service afin qu'il puisse avoir des expériences relationnelles avec d'autres enfants. Et enfin, je l'invite à entreprendre un travail thérapeutique pour elle-même.

À travers ce premier entretien clinique, s'expriment les difficultés d'accordage dans les liens précoces : « *c'est comme si ça ne collait jamais (...) Il fait des crises incompréhensibles, j'ai du mal à comprendre ce qu'il veut (...) je n'arrive jamais à l'apaiser* », ainsi que l'expression d'une insécurité affective : « *Quand il voit quelqu'un, il court vers moi* ». Les différents symptômes de Nicolas : difficultés alimentaires, difficulté de régulation émotionnelle, troubles du sommeil sont autant de troubles à expression somatique en lien avec un défaut ou un excès de stimulations.

À la suite de ce rendez-vous, je me souviens que j'avais déjà rencontré Nicolas et sa maman lorsqu'il était âgé de 3 mois et demi. Il avait été hospitalisé en service de pédiatrie, dans lequel j'interviens dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Le motif de la consultation psychologique était : pleurs inconsolables, stagnation de la courbe du poids et eczéma. Nicolas présentait donc déjà le même tableau clinique. Malgré son inquiétude pour les symptômes de son enfant, la mère n'avait pas souhaité poursuivre ses entretiens cliniques au cours desquels j'avais repéré une atteinte narcissique : la peur d'être une mauvaise mère.

La mère de Nicolas n'est pas venue aux deux rendez-vous proposés sans prévenir de son absence. Elle me recontacte 3 mois plus tard pour reprendre un rendez-vous.

## Second entretien clinique

La mère de Nicolas commence l'entretien en disant : « *Ça va beaucoup mieux depuis qu'il va à la crèche, il n'a plus peur comme avant* ». Nicolas a commencé à aller en crèche deux mois auparavant. Elle poursuit : « *Quand il n'a pas ce qu'il veut, il se jette par terre (...) il ne grossit toujours pas, mais il suit sa courbe* ». De son côté, Nicolas est moins plaintif mais reste toujours en retrait. Il joue dans le bureau tout en étant attentif à ce qu'il se dit. Elle évoque sa difficulté à parler du père de Nicolas à son fils et plus précisément de lui parler de son incarcération. Elle ajoute que le père ne l'a pas reconnu et qu'il n'a fait aucune démarche pour pouvoir bénéficier de la mesure de visites médiatisées proposées par la Justice. Face à son impossibilité à dire ce qui semble être pris dans un conflit de sa propre histoire familiale, je lui propose de la rencontrer seule pour en parler. Elle n'a pas encore entrepris de démarche psychothérapique pour elle-même.

## Troisième entretien clinique

La mère de Nicolas ne parvient pas à dire à son fils la réalité de l'incarcération de son père et verbalise son absence ainsi : « *Il travaille, il est dans son appartement* ». Le père de Nicolas a été incarcéré 9 mois aux 9 mois de Nicolas. À sa sortie de prison, il est revenu chercher ses affaires dans leur appartement et Nicolas a hurlé. Sept mois plus tard, le père a été incarcéré à nouveau pour des « *nouveaux faits de violence en état d'ivresse devant un*

*bébé* », me précise-t-elle. (La démarche de consultation coïncide donc avec la deuxième incarcération du père). Lorsque je l'interroge sur la difficulté qui sous-tend son impossibilité à nommer la réalité, elle répond : « *Par rapport à mon fils, j'ai peur* ». Tout en entendant comment circule le signifiant « peur », je lui demande de préciser. Elle poursuit : « *Mon fils a deux parents* ». S'énonce alors ce qui est resté en souffrance pour elle dans sa propre histoire familiale : « *Mes parents ont divorcé quand j'avais 12 ans. Je l'ai mal vécu par rapport à mon père, j'aurais voulu le voir plus ; je n'ai pas envie qu'il vive la même chose que j'ai vécu de ne pas voir son père ; j'essaierai de dire le moins possible par rapport aux violences pour pas attaquer son image, pour qu'il ne le voit pas différemment* ».

Cette parole qui semble ne pouvoir s'énoncer qu'en l'absence de son fils vient révéler la dimension intergénérationnelle à l'œuvre. C'est comme si l'enfant occupait le lieu du Moi idéal de la mère ; précisément de quelque chose dont elle manque, qui n'est jamais advenu, qui est resté en attente et en souffrance. Prise dans le désir de réparer la blessure de son histoire infantile, à travers la place qu'elle assigne à son fils, la mère de Nicolas ne peut penser son fils comme un sujet dans son histoire. Nicolas serait le support de son idéal parental : un enfant « *qui a* » ses deux parents. Mais cette prise inconsciente dans sa blessure d'enfance crée un point d'aveuglement et l'empêche de sécuriser son fils par souci de protection de la figure du père.

La mère de Nicolas ne reviendra pas. Pouvons-nous y entendre une difficulté à supporter un tiers différenciateur dans la relation avec son fils ? Des trop grandes résistances pour aborder « sa part à elle » ?

Ici encore, cette vignette clinique permet de repérer comment, même quand la femme n'est plus en lien avec le conjoint violent, les alliances inconscientes transgénérationnelles peuvent se poursuivre au niveau de la parentalité et se disent à travers « *c'est son enfant* ».

## EN GUISE DE CONCLUSION...<sup>8</sup>

Le traumatisme psychique de la violence impacte le narcissisme et les processus de subjectivation à long terme. La mise en jeu du pulsionnel comme lors d'une grossesse réactive des traces psychiques d'anciennes violences vécues restées en souffrance et toujours agissantes dans le rapport à soi et à l'autre. Elles demandent à être entendues par-delà la honte et la culpabilité, par un autre qui permettra qu'un travail d'élaboration puisse se faire afin de métaboliser ces éléments bruts non-détoxifiés qui sinon continuent à agir inconsciemment dans leurs potentialités destructrices et ce, dans une dimension transgénérationnelle. En effet, ce qui n'a pu se symboliser dans le rapport à soi peut se rejouer dans le lien à l'autre dans un « télescopage » entraînant des confusions dans les places inter et transgénérationnelles, participant ainsi à la transmission de la violence dans le fonctionnement familial. La vignette clinique de Nicolas et sa mère illustre bien comment les effets de la violence traumatique chez la mère font le lit des traumatismes précoces « en creux » chez l'enfant par la déliaison pulsionnelle qu'elle génère. Les symptômes de l'enfant surgissent à l'endroit du traumatisme produit par l'absence de l'objet dans une situation de détresse. L'intériorisation d'un objet primaire défaillant n'est alors pas sans effet sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Dans ces formes pathologiques du « faire famille », toute la difficulté pour les instances de contrôles extérieures, et plus particulièrement ici dans le travail thérapeutique, est d'arriver à faire tiers symbolisant dans le système familial.

### Références :

- Anzieu D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, rééd. 1995.
- Azoulay C., Emmanuelli M. (2000), La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés, *Psychologie clinique et projective*, 6, p. 305-327.
- Bick E. (1968), Expérience de la peau dans les relations d'objets précoces, *Écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor Plage, Éditions du Hublot, trad. française intégrale 1998, p. 135-139.
- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003

---

8. Je tiens à remercier chaleureusement la Pr. Anne Thevenot pour sa relecture attentive et ses précieux conseils dans la rédaction de cet article.

## C. Bréhat : Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces

- Blanchet A., Gotman A. (2007), *L'entretien*, Armand Colin, Série : l'enquête et ses méthodes.
- Bréhat C. (2018), *Construction du maternel en situations de naissances très prématurées*, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.
- Bréhat C. (2019), Traces psychiques de violences conjugales passées sur la grossesse et risque de prématurité. *Recherches familiales*, 16, p.129-140.
- Chemama R. & Vanderersch B. (1998), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse-Bordas.
- Donovan D. & al. (2016), Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes : a systematic review and meta-analysis, *Journal international d'Obstétrique et de Gynécologie*, 123, p. 1289-1299.
- Fortin A, Cyr M., Lachance L. (2000), Les enfants témoins de violence conjugale. Analyse de facteurs de protection, *Études et analyses*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 13.
- Gazmararian J. & al. (1996), Prevalence of violence against pregnant women, *The Journal of the American Medical*, 275, p. 1915-1920.
- Girard M. (2017), *De psychiatrie en psychanalyse avec Winnicott : Les conditions du soin psychanalytique institutionnel*, Nîmes, Champ social.
- Golse B. & Bydlowski M. (2001), De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation, *Carnet/Psy*, 63, p. 30-33.
- Golse B. (2020), *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Toulouse, Érès.
- Helton A., Mc Farlane J., Anderson E. (1987), Battered and pregnant: a pre-valence study, *American Journal of Public Health*, 77, pp.1337-1339.
- Joudrier H. (2012), *Violences conjugales et grossesse en médecine générale*, Thèse de médecine générale, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris.
- Kaës R. (2015), *Crises et traumatismes à l'épreuve du temps : Le travail psychique dans les groupes, les couples et les institutions*, Paris, Dunod.
- Kaës R., (2009), *Les Alliances inconscientes*, Paris, Dunod.
- Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme, traduction de Jean Laplanche in S. Freud, *La vie sexuelle*, 1969, Paris, PUF, p. 81-105
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, PUF, 2013.
- Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2009.
- Maingeneau D., Angermüller J. (2007), Discourse analysis in France. A conversation, *Forum Qualitative Social Research*, 8, 2.
- Martin S., Mackie L., Kupper L. & al. (2001), Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy, *The Journal of the American Medical*, 12, p. 1581-1584.
- Mellier D. (2012), Souffrance, attention et processus de contenance chez le bébé, *La vie psychique du bébé*, Paris, Dunod, p.197-243.
- Mellier D. & Rochette-Guglielmi J. (2009), Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. *Champ psychosomatique*, 56, p.113-133.
- Metz C., Thevenot A. (2021), *Femmes et violences conjugales : Versant sociétal, versant singulier*, Paris, Hermann.
- Payen de la Garanderie J. (2014), Violence relationnelle : menace et absence de tiers. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 53, p. 31-47.
- Pelizzari M. & al. (2013), Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de Médecins généralistes d'Île-de-France, *Cliniques méditerranéennes*, 88, p. 69-78.
- Racamier P-C. (1978), À propos des psychoses de la maternité, in Soulé M. (dir), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF, La vie de l'enfant, p. 42-51.
- Racicot K., Fortin A., Dagenais C. (2010), Réduire les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : pourquoi miser sur la relation mère-enfant ?, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 86, p. 321-342.
- Roussillon R. (2011), Le concept du maternel primaire, *Revue française de psychanalyse*, 75, Paris, PUF, p. 1497-1504.
- Salmona M. (2008), Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant, *Revue l'observatoire*, 59.
- Sanahuja A., Bernard A. & Naimi M. (2020), Violence et défaut de rêverie dans le couple. *Le Divan familial*, 45, p. 193-206.
- Sadlier K. (2015), *Violences conjugales : un défi pour la parentalité*, Paris, Dunod.
- Savard N., Zauouche Gaudron C. (2011), Points de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé aux violences conjugales, *La revue internationale de l'éducation familiale*, 29, p. 13-35.

## C. Bréhat : Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces

- Silverman J., Decker M., Reed E. & al. (2006), Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health, *Journal américain d'Obstétrique et de Gynécologie*, 195, p. 140-148.
- Stewart D., Cecutti A. (1993), Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1498, p. 1257-1263.
- Tabet C., Dupuis-Gauthier C., Schmidt P. & al. (2009), Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir. *Devenir*, 21, p. 205-244.
- Winnicott D.W. (1957), *Contribution de l'observation directe des enfants à la psychanalyse*, in *Processus de maturation chez l'enfant*, tr. fr. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1974, p. 73-79.
- Winnicott D.W. (1961), *La relation parent-nourrisson*, Paris, Payot, rééd. 2011.
- Wood S., Marilyn Sommers M. (2011), Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses*, 24, p. 223-236.