

## *Crise identitaire et identificatoire chez la femme abortive* *Identity and identification crisis in the abortive woman*

LOUIBA Samia , Doctorante en psychologie  
Laboratoire LSMN, Université de Bejaia

### Résumé

L'accès à la maternité est un processus complexe qui interpelle des mises à jour dans le processus identificatoire. Des traumatismes archaïques, des deuils non élaborés et des expériences non symbolisées se réactivent durant la grossesse et peuvent entraver le processus de devenir parent. Dans le cas d'avortements spontanés à répétitions appelé aussi « Maladie abortive », l'angoisse de la perte peut faire l'objet d'une véritable crise identitaire et identificatoire.

Les résultats dans cette publication concernent la présentation des données cliniques et projectives d'un cas surnommé Zahra qui souffre d'avortements spontanés à répétitions et mettent en avant une problématique identitaire et identificatoire. L'analyse confirme la défaillance des fonctions de l'enveloppe psychique à savoir la fonction de contenance et de pare excitation. L'enjeu de ce travail est de montrer l'intérêt de l'approche psychanalytique dans la restauration des fonctions psychiques qui se réactivent durant la grossesse. Ce qui nous procure un modèle favorable à la mise à jour du processus identificatoire chez la femme abortive et du coup réussir le projet d'enfant.

**Mots clés :** Femme abortive , avortements spontanés à répétitions , identité , processus identificatoire , crise identitaire.

### Abstract

Access to motherhood is a complex process that calls for updates in the identification process. Archaic traumas, unprocessed bereavements and un-symbolized experiences are reactivated during pregnancy and can hinder the process of becoming a parent. In the case of repeated spontaneous abortions also called "Abortive disease", the anxiety of loss can be the subject of a real identity and identification crisis.

The results in this publication concern the presentation of clinical and projective data from a case nicknamed Zahra who suffers from repeated spontaneous abortions and highlights an identity and identification problem. The analysis confirms the failure of the functions of the psychic envelope, namely the function of containment and protection from excitation. The challenge of this work is to show the interest of the psychoanalytical approach in the restoration of the psychic functions which are reactivated during pregnancy. This provides us a favourable model for updating the identification process in the abortive woman and thus succeeding in the child project.

**Keywords:** Abortive woman, repeated spontaneous abortions, identify, identification process, identity crisis.

## Introduction

Dans certaines sociétés comme il est le cas en Algérie, la fécondité est la première qualité attribuée à la femme en lui permettant d'être considérée aux yeux des autres et de soi-même comme un individu à part entière. Sa seule fonction socialement appréciée ne se fonde que sur ses aptitudes de procréation et de maternité. La femme infertile est souvent sous estimée, car elle est considérée comme un être inachevé, incomplet et définitivement incompetent. L'élimination plus ou moins précoce de la grossesse est un phénomène d'une grande banalité, puisqu'il constitue l'évolution naturelle de plus de la moitié des œufs humains. Chaque grossesse diagnostiquée a entre 10 et 15 % de chance de se terminer de la sorte. Mais au-delà de deux avortements spontanés, le risque s'élève à 40%. Perdre sa grossesse est une expérience difficile à vivre, surtout dans la répétition de ce vécu, et chaque fois, tous les rêves, les projets, la joie et le bonheur que portent le bébé sont perdus et l'espoir d'avoir un bébé s'éteint et engendre à l'intérieur de la femme un sentiment de désarroi profond qui change ainsi sa vision de l'avenir. Perdre un enfant et la peur de ne pas être mère touche plus particulièrement la féminité de la femme, cette perte engendre un sentiment du manque par rapport à d'autres femmes ce qui menace profondément son identité.

Cette identité fragilisée par les événements traumatiques de la maladie abortive a-t-elle des racines dans un fonctionnement rigide et des relations d'objet instables qui sont dues à une insuffisance dans l'intériorisation des imagos parentales ?

Cette défaillance de représentations originaires sont-elles dues à l'insuffisance des fonctions psychiques, notamment, la fonction de contenance et la fonction de pare-excitation qui peuvent faire barrière au processus de maternité à provoquer l'avortion et l'échec de la procréation ?

La présente publication sera fondée sur une partie théorique qui présente les problématiques identitaire et identificatoire qui accompagnent le processus de maternité, ainsi que la présentation de

la maladie abortive. Une partie pratique, basée sur la présentation clinique et projective d'un cas clinique Zahra, qui après la conception, a échoué à plusieurs reprises à mener à bout sa grossesse et subit trois avortements spontanés. Ce trouble permanent et récurrent fait de Zahra ce qu'on appelle « une femme abortive ». Ce cas est sélectionné du groupe d'étude de notre recherche en doctorat. <sup>8</sup>

- **Les objectifs de la recherche**

- 1- Comprendre le fonctionnement psychique des femmes atteintes de maladie abortive.
- 2- Mettre l'accent sur l'importance des facteurs psychologiques dans le parcours de la maladie abortive.
- 3- Accompagner le processus de mise à jour des identifications parentales chez la femme abortive afin de favoriser l'élaboration des deuils et des anciens traumatismes.

## **1. La grossesse, des enjeux de liaison et déliaison**

La naissance de la famille est le produit d'un travail de séparation d'avec la génération précédente. C'est une période de métamorphose intense en rapport avec le réaménagement indispensable des liens générationnels. Pour que le groupe famille trouve son unité dans la profondeur des générations et pour que son autonomie advienne, il lui faut procéder, dès la grossesse, à une réorganisation profonde du matériel infantile et générationnel. Lorsque la confusion générationnelle est écartée, la famille à venir peut se différencier des origines et les parents peuvent construire une parentalité différenciée. La déconstruction-reconstruction, véritable crise familiale structurante, est donc un moment fondateur de la

---

<sup>8</sup> Louiba, S.(2022). *Enveloppe psychique à l'épreuve des méthodes projectives chez les femmes atteintes de maladies abortives* (Thèse de doctorat inédite). Université de Bejaia.

famille, mais c'est aussi un moment de grand danger, car, les parents qui ne possèdent pas la possibilité de faire face à leurs fantômes et à leur matériel génétique peuvent actualiser ce que Decherf et Darchis (2000), appellent « parentalité confuse » (Darchis, 2010, p.125)

Le premier pas pour fonder une famille est de tomber enceinte, d'après Lechatier-Atlas (2001), la situation de stress que provoque la grossesse est marquée par des troubles de sommeil et des expressions psychosomatiques telles que les nausées et des vomissements...etc. Ces troubles proviennent des perturbations endocriniennes, d'activation des conflits inconscients reliés aux facteurs impliqués dans la grossesse, et de la réorganisation intrapsychique de devenir une mère. Si du point de vue immunitaire, la grossesse est une aberration biologique, la seule situation où un organisme tolère d'en héberger un autre dont le capital génétique est différent du sien sur le plan psychique, elle entraîne une formidable mise à l'épreuve des limites du moi chez la future mère. Certaines femmes le font avec complétude comme si elles attendaient cette grossesse depuis toujours, d'autres traversent cette phase avec beaucoup de peine et de conflictualité envers cet étranger qui est rejeté symboliquement à travers des troubles psychosomatiques sous formes de vomissements gravidiques et d'autres signes sympathiques de la grossesse. La non résolution de ce conflit peut être à l'origine des avortements spontanés. L'auteur évoque la grossesse, comme si, est une question de vie ou de mort. Ce qu'elle résume dans cette belle citation « La grossesse n'est pas ce long fleuve tranquille qu'on donne parfois à imaginer aux jeunes mères. Pour ma part, je l'ai trouvée hantée de fantasmes qui ne ménagent personne au point de me demander si ce temps limité par une échéance qui ouvre sur une nouvelle vie n'est pas, paradoxalement, la meilleure représentation de la mort »(Lechatier-Atlas, 2001, p. 443).

## **2. Identité et identification**

D'après Sylverster & al, l'identité réfère à une permanence d'un objet ou d'un être, en tout temps et en tout circonstance, et le terme peut alors rapprocher d'unité. L'identité suppose l'altérité, elle se déploie en même temps que l'expérience de l'altérité se constitue. Se reconnaître

comme soi et reconnaître l'autre différent de soi est l'essence de toute maturité.

L'identification désigne classiquement « le processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 187).

Différents auteurs se sont penchés sur ce processus, pour Bion (1962), a construit le modèle « contenant- contenu » pour éclairer cette relation mutuelle du bébé et de sa maman comme origine de la symbolisation et du génie humain : l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience. La notion de fonction contenant suppose le processus d'« identification projective » qui est formatrice de l'appareil à penser les pensées. La mère contribue à la formation d'un psychisme chez l'enfant en lui prêtant son propre psychisme et cela par sa capacité de contenance des expériences vécues par son enfant en lui évitant tout débordement. Le nourrisson est bombardé de données sensorielles confuses qu'il ne peut comprendre. Il projette alors sur sa mère cette expérience angoissante (élément bêta). Lorsqu'elle est « suffisamment bonne » au sens de Winnicott, elle accueille ce que le bébé vit et lui donne du sens. Elle « digère » cette projection brute et la rend dans un format « pensable », assimilable psychiquement, c'est ce que Bion nomme la fonction alpha.

Pour Aulagnier, le processus identificatoire est l'ensemble « des actes psychiques, permettant au Je de s'auto présenter comme le pôle stable de relations d'investissement qui composeront successivement son espace, son capital et son monde relationnel » (Charron, 1993, 117).

En réalité, identification, projection sont deux notions psychanalytiques à l'œuvre de tout travail psychique. Qui dit travail psychique dit rencontre entre deux sujets humains. La rencontre originare entre un bébé et sa maman se joue entre l'offre et la demande. Selon Aulagner, l'offre précède la demande. La mère offre d'emblée à

son bébé son sein, sa patience et tout ce qui lui est précieux. Elle lui prête son psychisme et ses fonctions de contenance et de pare excitation pour préparer son autonomisation.

Dans ce contexte, Bion a distingué les identifications projectives normales des identifications projectives pathologiques.

## **2.1 Identifications projectives normales et identifications projectives pathologiques**

Pour différencier entre les identifications projectives normales et pathologiques Bion (1959, 1962) a distingué deux formes de fantasmes qui ont des effets différents sur l'objet et le moi. Pour lui, la variable distinctive, c'est le degré de violence dans l'exécution du mécanisme. Dans ce cadre, l'identification projective pathologique de Bion va reprendre les caractéristiques de l'identification projective kleinienne dite « excessive ». Il va souligner l'omnipotence de sa grande violence fusionnelle visant l'éradication absolue de toute séparation, envie et besoin : l'identification projective pathologique est dédiée à l'évacuation en force au prix de la confusion soi/autrui.

De son côté, l'identification projective normale vise à introduire dans l'objet un état psychique dans le but d'entrer en communication avec lui à propos de cet état, ce qui présuppose une defusion préalable (Missonnier, 2009, p.15-31).

La forme normale d'identification projective est au service de la communication, a lieu avec les objets externes. Elle est fondée sur la communication non verbale (entre le bébé et l'objet maternant, ou entre le patient et l'analyste). Sa forme pathologique, appelée encore « identification intrusive » qui consiste à pénétrer en fantasme l'objet pour le contrôler ou pour emprunter son identité, ainsi que la forme pathologique qui consiste à se débarrasser d'un contenu mental perturbant, ont lieu d'abord avec les objets internes et secondairement avec les objets externes. Ces derniers sont repoussés par exemple par des manœuvres de type perverse (Ciccone, 2012, p. 46).

## 2.2 La crise de la maternité et le transfert

La maternité est une période de vulnérabilité psychique importante pour les femmes. En effet, cette période met à mal l'équilibre psychique, puisqu'elle potentialise les reviviscences commémoratives et les dangers réels potentiellement traumatiques (deuil, handicap, etc...). D'ailleurs d'un point de vue épidémiologique, c'est autour de la période de fécondité que se compte statistiquement une augmentation des troubles mentaux et des décompensations psychiatriques (Dayan, 2007; Darves-Bornozet *al*, 2001; Isserlis *et al*. 2008 cité par Chassot, 2018, p.64).

La maternité, selon Delassus, est une psychanalyse ; c'est la psychanalyse de l'existence de l'homme et non pas celle de l'homme dans l'existence. C'est pourquoi elle a ses particularités. Ici, en principe, il n'y a pas de symptômes. L'originaire à l'état pur veut sa propre résurgence, tend à son accomplissement et se cherche à travers la femme jusqu'à venir habiter l'âme d'un nouvel enfant.

( Delassus, 2002, p. 143). Cet enfant qui est, le bébé, est l'agent naturel du transfert maternel. C'est lui qui déclenche sa mise en œuvre, qui appelle à son déploiement, lequel devient visible dans le maternel. Mais la maternité psychanalyse spontanée, est aussi aléatoire au point de transformer le maternel en souffrance de ne pas y atteindre, en douleur de ne pas en être capable et de subir les effets de l'impossibilité de donner. Tel est le résultat du fait que l'instinct maternel animal est remplacé chez la femme par une structure proprement humaine, issue des étapes de la materno-genèse et aboutissant au transfert de l'originaire sous la forme du cycle du don. Le don est ici le substitut des effets de l'instinct. La maternité nous enseigne le cycle du don qui renoue avec la totalité originelle et nous conforme pour un monde originaire que la mère nous transfère. L'auteur nomme, les problématiques maternelles en tant qu'affections de la totalité. La totalité ici, peut être conçue comme tout ce qui doit être transféré de la mère à l'enfant. Les problématiques maternelles seraient alors des maladies du transfert, que l'auteur a nommé « transféroses » ( Delassus, 2002, p. 208).

### 3. L'avortement spontané à répétition ou maladie abortive

Dans l'usage courant, le mot avortement est employé comme synonyme d'interruption volontaire de grossesse (IVG) tandis que l'expression fausse couche désigne un avortement spontané. Une fausse couche se définit par la perte de la grossesse avant la 20<sup>e</sup> semaine de gestation. Comme une grossesse sur six est statiquement vouée à la fausse couche, il n'est pas rare qu'une même femme puisse avoir vécue plus d'un incident de ce genre dans la série de ses diverses tentatives de procréation. Quand la femme présente au moins trois avortements spontanés consécutifs, on parle d'avortement spontané à répétition ou maladie abortive. Dans ce cas, les chances sont élevées pour qu'il ne s'agisse pas d'évènement survenu au hasard, mais bien d'incident lié à un même trouble permanent et récurrent. Le risque s'accroît avec l'âge et avec le nombre des avortements spontanés après deux fausses couches, il est estimé à 30 %, et aux environs de 40 % après trois fausses couches ([Heffner](#), 2003, p. 86). La moitié des avortements à répétition est considérée comme idiopathique c'est-à-dire de causes inconnues. Et l'autre moitié est due à des causes multiples qu'on met en évidence par des examens spéciaux. Outre les perturbations de la reproduction, le stress peut entraîner également des effets sur le comportement sexuel de la femme et de l'homme.

### 4. Présentation du cas clinique " Zahra "

Zahra est une jeune femme d'environ trente ans, petite de taille et grosse, mariée depuis trois ans et demi, elle travaille comme secrétaire dans une école à côté de chez elle. Son mari qui a le même âge, travaille comme maçon. Zahra a fait deux avortements spontanés précoces et une grossesse molaire. Sa première grossesse est survenue après deux ans de stérilité.

Zahra est la sixième d'une fratrie de huit enfants. Issue d'une famille très conservatrice, des parents qui courent derrière un idéal et veulent éduquer leurs enfants comme des robots au service des autres (ma mère ne me donne jamais raison, même si quelqu'un me fait du mal, elle me dit que je dois être sage et pardonner... Je ne connais pas le

visage de mon père qu'après mon mariage...). Elle raconte qu'elle a été toujours un enfant sage, mais elle savait quand même exprimer ses désirs et ses refus. A l'adolescence ses parents étaient contre son choix de son futur mari. Déjà à 14 ans, elle est tombée amoureuse du cousin de sa mère, mais cette dernière était tout à fait contre cette union, premièrement parce qu'elle était encore jeune et ne doit pas sortir avec des garçons, deuxièmement, elle a encore le temps pour choisir quelqu'un de meilleur. La discorde entre Zahra et sa famille a pris le dessus jusqu'à ce que Zahra décide de se marier malgré le refus de ses parents. Elle a même fait une tentative de suicide pour les amadouer. La relation s'est vite réparée et améliorée après quelques mois de mariage, parce que sa belle-famille l'a vraiment aidée dans ce processus. Elle n'a jamais regretté ce mariage et elle conçoit ses beaux-parents comme ses propres parents.

La première grossesse, après deux ans de stérilité a ramené un grand bonheur aux deux familles, surtout que la sœur de Zahra souffrait d'une stérilité qui date de neuf ans. Juste après deux mois, la grossesse est interrompue spontanément et le malheur frappe à la porte. A sa sortie de l'hôpital, Zahra a fait une paralysie faciale qui est guérie après plusieurs mois. Son médecin traitant lui a dit que peut être c'était due à un coup de froid, parce que la cause n'était pas claire et les résultats du bilan indiqué est dans les normes.

Zahra n'a pas économisé du temps ni de l'argent pour frapper à toutes les portes pour demander l'aide. Le gynécologue, le psychologue et le guérisseur traditionnel. D'ailleurs c'est elle qui a sollicité notre aide en tant que psychologue, suite à une conversation avec une autre malade, elle a su qu'il ya un psychologue à la maternité. Elle découvre la duperie des guérisseurs traditionnels qui profitent des malheurs des autres pour instaurer leurs commerces et décide de revoir son histoire de vie, de la partager avec un professionnel afin de la reconstruire. Zahra nous a raconté comment le guérisseur l'a mal traitée, il l'a même frappée pour faire sortir cette force divine qui est le djin. Après la récitation de plusieurs versets coraniques, il considère que le djin prend le dessus sur la conscience et que la conversation ne se fait pas avec Zahra, mais avec le djin, alors il commence à lui poser

des questions (...Qu'elle est ta religion ? Musulmane, juive où chrétienne ? Pourquoi tu veux faire du mal à Zahra ? Qui t'a chargé de ça ? Où tu as caché le sort ?...). Zahra toute consciente de ses états est rentrée dans le jeu et répond au guérisseur (...Personne ne m'a envoyé et je ne connais pas le lieu du sort...). L'essentiel dans tout ça, est que Zahra prend conscience de sa problématique psychologique et cherche à résoudre l'énigme de sa vie psychique qui peut influencer le parcours de sa parentalité.

La troisième grossesse est une grossesse molaire, qui a nécessité un long suivi pour risque de complication en tumeur cancéreuse, ce qui a fait éveiller chez Zahra une angoisse de mort. Parlé de traumatisme et de l'ihnbition.

- **Résultats des tests projectifs**

Au Rorschach, nous constatons que le mode d'appréhension qui domine chez notre patiente, est l'approche globale, qui dépasse les normes (G50%), par contre l'approche analytique reste quand même en dessous de la moyenne (D56%). La socialisation pose problème, puisqu'on constate une absence totale de l'investissement du règne Humain et de la relation (H% 0) et les réponses forme sont en dessous des normes et de mauvaise qualité (F% 50, F+% 69), cependant, le mouvement pulsionnel est projeté sur les représentations animales (A% 50, kan 3) et le calcul de F% (75) élargie à aider le sujet à se rattraper et à s'adapter à la réalité. Aussi, à l'enquête au limite, Zahra a donné une représentation Humaine. La dynamique affective évoque un débordement et une réactivité émotionnelle, puisque le TRI est extratensif pur (0K/4C) et RC est en dessus des normes (44%). Le taux de réponses en dessous des normes (R16) pour un temps total de 10mn, indique une inhibition et évitement du conflit et une défense inefficace contre le pulsionnel, en raison de l'insuffisance des objets internes, évoqués dans le refus des planches : IV paternelle et VI phallique, et des réponses de type pénétration dans les planches maternelles (I, VII, IX). Dans la première, elle fait même des associations sur sa peur et ses cauchemars. Le rapport Barrière/Pénétration hors norme 10B/4P indique une mise en œuvre d'une fonction de surpare-excitation contre

une contenance défaillante qui se révèle dans les réponses des formes mal délimitées (il ressemble à des nuages dans la planche VII).

Au TAT, les histoires sont courtes avec isolation des personnages, signe d'inhibition. Les procédés manquent de variété et de souplesse (A34, B18, C66). On remarque même une présence des processus primaires (E10). Toutes les problématiques ne sont pratiquement pas abordées. Le fonctionnement psychique est loin d'être névrotique et le niveau de la résolution de la problématique n'est point œdipien.

L'entretien, le Rorschach et le TAT indiquent un fonctionnement psychique rigide et pathologique de type limite et une défaillance dans la fonction de contenance et la fonction de pare excitation mises à l'épreuve par huit indicateurs que nous avons élaboré à travers le Rorschach et le TAT. L'héritage psychique familial semble verrouillé par des secrets et des non-dits, ainsi rend l'histoire reproductive familiale problématique (Tentative de suicide à l'adolescence, mariage sans consentement des parents, paralysie faciale après la première fausse couche et sa dernière grossesse molaire, la stérilité de la frangine...).

## Conclusion

L'objectif de cet article est dans un premier temps, de mettre en lumière un trouble de fertilité appelé « la maladie abortive » que la médecine du corps a quasiment dénié sa composante psychique, malgré l'affirmation des spécialistes que 50% des causes sont idiopathiques ou inconnues. « Un enfant se conçoit autant par l'esprit que par le corps ; l'infertilité s'entend alors comme un trouble somatique et l'expression d'un conflit psychique » (Jaoul, 2010, p 132). On parle de stérilité quand la femme a un problème de conception et d'infertilité quand la femme a un problème d'implantation du produit déjà conçu. Dans ce cas la femme peut faire des fausses couches ou des avortements spontanés à répétition appelés aussi « Maladie abortive ».

Dans un deuxième temps, de présenter les résultats de l'étude du fonctionnement psychologique d'un cas illustratif de maladie abortive à travers les épreuves projectives ; « Rorschach » et « TAT ». Cette méthode est de grands apports à la construction d'élaborations fondamentales pour la compréhension des cliniques aujourd'hui, notamment sur l'investissement des limites, le narcissisme et la perte. Un intérêt particulier doit être porté pour ces épreuves, dans l'étude du fonctionnement psychique des femmes endeuillées dans leur processus de maternalité, parce que, les événements de grossesse et rencontre avec le bébé, fragilisent les limites internes du sujet et les frontières du moi. En effet, les troubles psychopathologiques de la maternité sont beaucoup plus forts et ils méritent un intérêt particulier pour l'importance du rôle qu'ils jouent dans le développement des relations précoces, ainsi que dans la genèse de la vie psychique.

Si la grossesse survient dans la suite d'une perte périnatale, elle est particulière du fait qu'elle condense deux crises : les mouvements identificatoires de la grossesse auxquels se surajoute la dynamique du deuil périnatal. Nous assistons donc à une crise dans la crise : temps de crises, temps de réactivation des conflits œdipiens et précœdipiens où l'inquiétante étrangeté du fœtus attendu est majorée par l'histoire précédente (De Wailly, 2017, p. 146). Il s'agit d'une véritable crise

identitaire et identificatoire. La maladie est le reflet dans le corps d'une identité pathogène ou bien l'effet d'une perte d'identité.

En conclusion, on propose le modèle de Dédier Houzel (2000), appliqué au processus de soin psychanalytique pour bien aider une femme atteinte de maladie abortive à dégager ses émotions de types béta selon Bion sur un contenant qui a la capacité de transformer ses émotions négatives pour donner un contenu de type alfa afin de dépasser les deuils et les traumatismes accumulés en s'appropriant son histoire de vie et son vécu psychique. Un modèle favorable à la reconstruction et à la réorganisation psychique. Ce modèle est construit de trois étapes

-Celle de la décharge ; ce qui soigne c'est de dégager par la parole

-Celle de dévoilement ; le clinicien est l'expert qui va dévoiler le fantasme, le conflit inconscient, ce qui se joue et anime le sujet à son insu.

- celle de contenance ; ce qui soigne, c'est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle confuse et douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. Ce qui soigne c'est la capacité du thérapeute à contenir les émotions trop débordantes du sujet, c'est -à dire les pensées que le moi trop fragile du patient ne peut penser.

## Bibliographie

- Chabert, C. (2012). *Le rorschach en clinique adulte : Interprétation psychanalytique* (2e éd). Paris, France : Dunod.
- Chabert, C. (2014). Les méthodes projectives en psychopathologie clinique : développements, confirmations, contradictions. *Psychologie clinique et projective*, 20(1), 59-78. doi:10.3917/pcp.020.0059.
- Charron G. (1993). *Le discours et le je : La théorie de Piera Aulagnier*, Paris, France : Klincksieck.
- Chassot, R.E. (2018). *Maternité psychique et post-modernité : Enjeux de filiation et conflictualité psychique en période périnatale aujourd'hui au Québec* (Thèse de doctorat inédite). Université de Québec à Montréal.
- Ciccone, A. (2012). L'identification projective et la transmission. Dans A. Ciccone (dir.), *La transmission psychique inconsciente* (p. 19-78). Paris, France : Dunod.
- De Wailly, D., Soubieux, M., Beauquier-Maccotta, B., Shulz, J., Mériot, M. & Missonnier, S. (2017). Répétition ou perlaboration lors de la grossesse suivant une interruption médicale de grossesse ?. *Cliniques*, 13(1), 144-156. Doi:10.3917/clin.013.0144.
- Darchis, É. (2010). Violence périnatale dans la parentalité confuse. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 55(2), 69-78. doi:10.3917/rppg.055.0069.
- Heffner, L.J. (2003). *Reproduction Humaine*, De Boeck. (Trad par F Leroy). Repéré à : <https://books.google.dz/books?isbn=2744501530>
- Laplanche, J. et Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris, France : PUF.

- Lechartier-Atlan, C. (2001). La grossesse « mère » de toutes les séparations. *Revue française de psychanalyse*, 65(2), 437-449. doi:10.3917/rfp.652.0437.
- Missonnier, S. (2009). Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces: La partition prénatale. *Le Divan familial*, 22(1), 15-31. doi:10.3917/difa.022.0642.
- Jaoul, M., Albert, M., Bailly, M., Selva, J., et Molina Gomes, D. (2010). Blessures dans la filiation et infertilité masculine : Etude comparative et psychodynamique. *Spinger* (20). P 131-143. Doi 10.1007/s12610-010-0065-4.