



L'identité narrative dans la prise en charge psychologique des jeunes issus de la conception médicalisée

Delphine Rambeaud-Collin

Docteure en psychologie clinique de la périnatalité et psychologue clinicienne
Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA)
Centre hospitalier universitaire de Toulouse
collindelphine32@gmail.com

Yann Zoldan

Professeur de psychologie
Département des sciences de la santé
Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
yann_zoldan@uqac.ca

Résumé

Devenir parent s'écrit souvent dans la langue du désir ponctuée de nombreux rêves. En parallèle des récits idylliques de parentalité se racontent des parcours plus ardu. Pour les personnes qualifiées d'infertiles la conception médicalisée a pu redonner l'espoir d'un « devenir parent ». Au cours de notre pratique professionnelle de psychologue auprès de jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans, conçues par PMA (procréation médicalement assistée), nous avons recueilli leurs propos afin de comprendre comment leur histoire conceptionnelle venait s'inscrire dans le récit de vie de ces jeunes et comment elle venait faire trace dans leur identité narrative. Nous avons pensé un dispositif clinique basé sur la mise en récit de l'histoire de vie de ces jeunes femmes avec, pour point de départ, leur histoire conceptionnelle. Ainsi, suite à nos observations issues de nos consultations psychothérapeutiques, nous présentons ici un dispositif narratif en cinq temps constitué d'entretiens, de supports projectifs, d'élaboration d'une ligne de vie et, in fine, d'une mise à l'écrit du récit de vie, outils permettant d'explorer d'un point de vue diachronique et synchronique l'impact de l'histoire conceptionnelle sur l'identité narrative des jeunes femmes. Nous proposons une discussion théorico-clinique autour de cette pratique prometteuse qui a pour objectif principal d'initier et de soutenir la mise en récit de l'histoire des origines des jeunes lors des séances afin de promouvoir un développement identitaire plus harmonieux favorisant la santé mentale. Cette proposition de dispositif thérapeutique ouvre la voie à une recherche permettant de valider sa pertinence et son usage auprès des jeunes issus de procréation médicale assistée.

Mots-clés : narrativité, psychologie clinique, maternel, conception médicalisée, francophonie

Narrative Identity and the Psychological Care of Young Women Conceived Using Assisted Reproductive Technology**Abstract**

The story of becoming a parent is often couched in the language of desire built on fantasies. And although such idyllic accounts tend to conceal much more difficult stories about becoming parents, nevertheless assisted reproductive technology has given new hope to many couples experiencing infertility. In the course of our work as professional psychologists, we recorded the reflections of young women between the ages of 15 and 25 who were conceived using assisted reproductive technology. To understand how the circumstances of their conception impacted their narrative identity, we adopted a clinical approach that involved having these young women share their life narratives, starting with their conception stories. Based on our clinical observations, the article explores a five-stage method for facilitating narrativity, consisting of the interview process, projective mechanisms, the creation of an autobiographical timeline, and, finally, the act of writing a life story. This multifaceted approach makes it possible to address the impact of conception stories on narrative identity from both a diachronic and synchronic perspective. Finally, we conduct a theoretical and clinical assessment of this promising methodology, which primarily aims to give young people the tools and support they need to share their life narratives in the context of therapy sessions—a process likely to promote better mental health through more harmonious identity development.

Keywords: narrativity, clinical psychology, maternal, medically assisted procreation, francophony

Pour citer cet article : Rambeaud-Collin, D. et Y. Zoldan (2021). L'identité narrative dans la prise en charge psychologique des jeunes issus de la conception médicalisée. *Revue Jeunes et Société*, 6 (2), 79-98. <http://rjs.inrs.ca/index.php/rjs/article/view/262/171>

1. Introduction

Savoir se raconter, pouvoir se mettre en récit est l'enjeu principal des thérapies narratives tant dans les approches psychodynamiques (Spence, 1984; Golse et Missonnier, 2011) que celle plus familiale et humaniste développée par White et Epton (1990); celles-ci convoquent à leur façon la question de l'identité narrative développée par Ricoeur (1983, 1984, 1985). Le besoin de faire du sens, de se raconter est central en psychothérapie. Pour Kirmayer (2004), toute pratique de soin vient s'inscrire dans le récit individuel en tant qu'élaboration d'un événement marquant. Les thérapies narratives psychodynamiques visent à soutenir la construction identitaire, notamment, ici, des jeunes. De façon plus élargie, cette construction participe, à tout âge de la vie, au travail psychique d'élaboration des réaménagements identitaires en lien avec les crises psychosociales qui ponctuent l'existence. Ces crises, dites « psychosociales », sont importantes à considérer dans l'intime et dans l'extime (la part d'intime rendue publique) du sujet (Lani-Bayle, 2019). En effet, elles concernent non seulement le développement propre à l'individu, mais aussi son développement dans un monde en mouvance, en perpétuelle évolution, où les codes sociaux et le rapport à soi, à l'autre et au monde ne cessent de se modifier; conduisant ainsi le sujet à un travail d'élaboration psychique de son existence.

Dans cette perspective socialement, historiquement et culturellement située, l'objectif de ces prises en charge thérapeutiques est double : penser la continuité de l'individu, de son identité, au cours de son développement psychoaffectif, mais aussi penser cette permanence de l'identité en contexte, dans un au-delà des stades développementaux. Loin de s'opposer, ces deux enjeux trouvent leur complémentarité dans la prise en compte des réalités internes et externes du sujet, réalités dont l'intrication est indéniable dans les possibles mises en sens de l'histoire de l'individu dans ses dimensions psychique et écologique.

Notre expertise clinique en périnatalité et notre pratique clinique en cabinet privé en France (pour le premier auteur) nous ont conduits à rencontrer des jeunes femmes qui, pour certaines, avaient pour point commun le fait d'être nées grâce à une fécondation in vitro (au nombre de 14 appartenant à la classe moyenne et élevée ayant eu accès à une éducation préuniversitaire à universitaire). Cette singularité de venue au monde n'était pas la raison pour laquelle elles consultaient. Néanmoins, pour chacune d'entre elles, cette histoire conceptionnelle émergeait au cours des entretiens, infiltrait leur discours, colorait la façon dont elles se définissaient, dont elles se racontaient. Ces constats cliniques, convoquant les questions de construction identitaire et de filiation psychique, nous ont conduits à penser un dispositif clinique afin de soutenir l'élaboration et l'appropriation subjective de cette histoire singulière des origines.

L'objectif de ce dispositif était de se mettre au plus près du vécu des jeunes afin de tenter de repérer la manière dont leurs origines peuvent venir faire trace dans leur histoire actuelle. Si ces rencontres nous ont permis de mieux comprendre les possibles mises en sens de ces histoires conceptionnelles dans la subjectivité des jeunes, elles ont aussi mis en perspective la place de la narrativité et de l'identité narrative dans la thérapie auprès des jeunes.

Ainsi, nous avons fait le choix ici d'étudier l'identité narrative des jeunes à partir de l'élaboration qu'ils se font de leurs origines, questionnement au soubassement de l'édification identitaire. Autrement dit, comment l'histoire conceptionnelle et celle de la venue au monde auront-elles une incidence sur leur façon de se penser, de se vivre, de se raconter tant dans l'intrasubjectivité que dans l'intersubjectivité.

Si, de tout temps, le grand récit de l'histoire conceptionnelle a présenté les invariants de la reproduction humaine, à savoir un homme et une femme qui vont donner naissance à un enfant, de nos jours concevoir un enfant vient se colorer des évolutions non seulement sociales et politiques, mais aussi médicales de nos sociétés contemporaines. C'est ainsi que la médecine procréative, comme origine possible de l'individu, devra trouver les voies de l'élaboration dans la psyché individuelle, entre transmission phylogénétique des origines et ontogénèse médicale de la conception, et ce, afin que ce premier chapitre de la vie (Missonnier, 2007) vienne s'inscrire dans l'histoire du sujet.

2. Quand la cigogne porte une blouse blanche

Devenir parent s'écrit souvent dans la langue du désir ponctuée de nombreux rêves. En parallèle des récits idylliques de parentalité se racontent des parcours plus ardues. On estime que 1 couple canadien sur 6 (Bushnik, Cook, Yuzpe, Tough et Collins, 2012) rencontre des difficultés pour avoir un enfant et ils sont 48.5 millions dans le monde en 2010 selon l'OMS. Pour les personnes qualifiées d'infertiles la conception médicalisée a pu redonner l'espoir d'un « devenir parent ». De l'insémination artificielle à la fécondation in vitro (FIV) en passant par le recours au don de gamète jusqu'à la gestation pour autrui (GPA), la médecine procréative n'a cessé de progresser. Si plusieurs recherches ont été effectuées sur l'infertilité en psychologie, sociologie ou encore en santé publique, l'inflexion du regard sur les enfants nés de conception médicalisée n'a donné lieu qu'à peu de littérature malgré l'avis¹ émis par le Comité consultatif national d'éthique français en 2018. Pourtant, depuis la naissance de Louise Brown en 1978, premier « bébé éprouvette » au Royaume-Uni, plus de huit millions d'enfants sont nés, comme l'indique *Le Monde*, grâce à la médecine procréative (Sanchez, 2018), médecine qui ne cesse d'évoluer depuis lors, repoussant ainsi les limites de l'infertilité.

La clinique des couples infertiles nous amène à voir combien ces grossesses ainsi obtenues sont précieuses, entraînant des rêveries parentales certes pleines d'espoir, mais parfois empreintes d'angoisse d'échec ou encore de perte, notamment identitaire. Ces angoisses peuvent alors conduire à une ambivalence difficilement élaborable à l'égard de l'enfant à naître, entre désinvestissement défensif, en lien avec les éventuelles angoisses, et surinvestissement idéalisé, corrélé à l'attente et au parcours médicalisé qui ont précédé. De plus, cette histoire des origines, en introduisant de fait un tiers lors de la conception par la présence du médical, vient redistribuer les cartes de la scène originaire et son récit fantasmatique.

¹ AVIS 129 du Comité consultatif national d'éthique, révision de la loi de bioéthique française 2018. Cet avis préconise des recherches venant informer les possibles impacts des techniques d'assistance médicale à la procréation sur les enfants nés de ces techniques et leur rapport à leurs origines.

In fine, deux histoires viendront précéder la naissance de l'enfant et colorer les relations précoces parent-enfant : celle de l'infertilité maternelle et celle d'un accès à une parentalité « médicalement assistée ». C'est à partir de ces histoires que l'individu devra construire son identité, se raconter et élaborer psychiquement sa filiation.

3. Inscription de la narrativité dans la clinique des origines

« Par "narrativité", on peut entendre une approche de l'être humain qui donne une importance primordiale à la façon dont celui-ci se formule à lui-même son existence sous la forme d'un récit plus ou moins cohérent » (Laplanche, 1998, p. 889). Dans nos relations, comme en thérapie, ce récit de soi se construit en dialogue avec un autre. C'est pour cela que la narrativité est avant tout un dialogue entre soi et l'autre et avec l'autre en soi. Comme souligné par Roussillon (2012), la psychanalyse propose de soutenir l'élaboration d'une histoire subjective pour dépasser les impasses psychiques. Pour Freud (2004), l'interprétation était un acte venant mettre à jour une histoire oubliée. Roussillon (2012) poursuit toutefois en soulignant que Freud abandonne à la fin de son œuvre la théorie de l'interprétation pour celle de la construction, la co-construction, et laisse par conséquent pour les postfreudiens le chantier du narratif. La narrativité est ainsi une théorie plus constructiviste que strictement métapsychologique, où la réalité intersubjective co-construite est plus importante que l'agrippement à nos théories (Orange, 2009), ce qui signifie mettre la clinique au centre du propos. Les narrativistes en psychanalyse (Ferro, Golse, Schafer, Spence, etc.) constituent un courant théorico-clinique hétéroclite s'appuyant sur les questions d'intersubjectivité et de contexte, c'est-à-dire sur la relation thérapeutique et le monde qui l'entoure, la culture. Les autres courants des thérapies narratives, qu'ils soient familiaux avec la thérapie narrative de White et Epston (1990) ou les thérapies narratives basées sur l'attachement (Dallos, 2006), épousent également l'approche constructiviste, mais souvent au détriment d'une analyse de la réalité psychique au profit d'une unique réalité externe. Si la définition de la narrativité convoque l'histoire en tant que suite d'événements, de faits réels et d'états marquants du sujet, nous pouvons d'un point de vue clinique la penser comme se faisant l'écrin de la façon dont le sujet a été raconté, a été défini par autrui, et la façon dont le sujet lui-même se raconte, venant ainsi dire qui il est. Nous évoquons finalement ici une narrativité qui nous informe sur les processus de subjectivation et de construction identitaire du sujet. Selon Golse (2011), les différents ancrages épistémologiques de la narrativité la situent à l'entrecroisement de ses racines philosophiques, développementales et psychanalytiques, notamment à travers la rencontre des travaux de Paul Ricœur et de Daniel Stern. Ainsi les notions d'identité narrative énoncée par Ricœur (1983, 1984, 1985), d'un Soi narratif étudié par Stern (1985), ou encore les notions d'après-coup et de liaisons (Green, 2003) chères à la psychanalyse freudienne permettent à la narrativité de trouver place dans le vaste champ de la psychodynamique.

3.1 *L'identité narrative*

Pour comprendre ce qu'est l'identité narrative au sens de Ricoeur, il faut reprendre les deux facettes de l'identité que l'auteur développe. Il évoque tout d'abord l'identité au sens de l'idem, qui signifie « même » en latin. Cette identité convoque tout objet qui subsiste dans le temps à travers une notion de permanence de tel ou tel caractère, répondant alors davantage à la question « Que suis-je? » qu'à celle de « Qui suis-je? ». Afin de compléter cette identité aux prises avec une forme d'inertie à laquelle ne peut correspondre le sujet dans sa singularité, Ricoeur parle de l'existence d'une identité ipse qui, en convoquant l'autre de la relation, vient dire quelque chose d'un maintien volontaire de soi devant autrui, dans le temps et au travers de ses différents états. Cette ipsité, ou identité propre, venant alors engager le sujet sur qui il est et non ce qu'il est. Ainsi, l'identité narrative apparaîtrait comme constituant cette identité ipse, qui tolère le changement dans la continuité d'une vie, quand l'identité idem ne serait qu'une identité abstraite, substantielle. L'identité narrative représente pour Ricoeur (1985) l'identité spécifique assignée à un sujet à l'entrecroisement de l'histoire et de la fiction, au sein d'un récit, venant dire qui il est. Penser dans une perspective clinique ce concept philosophique de l'identité narrative amène à se questionner, à l'instar de Ricoeur, sur le rapport entre le temps et le récit ainsi que sur la réalité de ce dernier. La triple mimésis du récit² structure, apporte une cohérence au chaos de l'expérience temporelle narrée, convoque les changements du récit non seulement au fil de ses narrations et donc de ses configurations successives, mais aussi de ses refigurations en lien avec le récepteur du récit. Ainsi, un récit ne pourrait se considérer comme statique. Il aurait sa dynamique propre, dont les changements seraient issus, d'une part, de la conflictualisation interne/externe du temps dans le récit et du temps du récit et, d'autre part, ces changements seraient en lien direct avec celui à qui est adressé le récit. Nous retrouvons ici en filigrane deux notions psychanalytiques : tout d'abord la notion d'après-coup, souvent évoquée par Freud et définie par Laplanche et Pontalis (2007) comme étant « des expériences, des impressions, des traces mnésiques [...] remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement » (p. 33), mais aussi l'adresse du récit à un autre, venant souligner l'importance de la rencontre intersubjective lors d'une narration, permettant la coconstruction d'un récit singulier et inédit. La notion de réalité de ce récit est aussi discutée par le philosophe. Il expose le contraste entre le temps qu'il nomme historique et celui soumis à l'imaginaire de la fiction, pour finalement s'arrêter sur le parallélisme existant entre « la fonction de représentation du passé historique et les effets de sens produits par la confrontation entre le monde du texte et le monde du lecteur » (Ricoeur, 1985, p. 442). Cette dialectique entre réalité historique et réalité subjective est au cœur de la réflexion de Freud lorsque, dans une lettre à Fliess datée du 21 septembre 1897, il avoue ne plus croire en sa neurotica en constatant « qu'il n'y a pas de signe de réalité dans l'inconscient, de sorte que l'on ne peut différencier la vérité et la fiction investie d'affect ». (Freud, 2006, p. 335). Ainsi, l'identité narrative puise son essence au sein même

² Selon Ricoeur (1983), la mimésis est vue comme une structuration de l'expérience chaotique du temps à travers l'acte de configuration narrative. Il en décrit trois : 1) préfiguration de l'expérience temporelle; 2) configuration (mise en intrigue); 3) refiguration par celui à qui est adressé le récit.

de l'histoire d'une vie, depuis les origines, constamment refigurée au fil du temps « par toutes les histoires véridiques ou fictives qu'un sujet se raconte à lui-même » (Ricoeur, 1985, p. 443). C'est ce qui donne à cette identité, qui ne cesse de se faire et de se défaire, son caractère instable, changeant, évolutif et transformable. C'est très précisément cette spécificité de l'identité narrative qui lui permet son inscription dans la clinique, où l'écart indiscernable entre réalité historique et fiction, loin d'être une aporie, permet la rencontre avec un sujet, en tant que sujet de sa propre histoire, narrateur de son propre récit de vie, aux prises avec ses élaborations et achoppements, pour ainsi dire le sujet dans la réalité singulière et subjective. Ainsi, qualifier de narrative cette identité met au-devant de la scène l'importance du récit et de ses refigurations au fil des narrations. Refigurations qui, au sens clinique, viendraient rendre compte des élaborations progressives grâce aux processus de liaisons et à l'après-coup, du travail de l'analysant appelé perlaborations (*Durcharbeitung*) par Freud (Laplanche et Pontalis, 2007).

Ainsi, l'identité narrative permet un accès à la manière dont le sujet se raconte, dont il a interprété son histoire et finalement à la façon dont il se définit à travers cette dernière et l'élaboration qu'il en a faite.

Néanmoins, puisqu'il est question de penser ici l'identité narrative des jeunes à partir de la mise en récit de leurs origines, il semble nécessaire d'introduire maintenant la notion de filiation narrative.

3.2 Filiation psychique et filiation narrative

Guyotat (1980) postule trois axes de filiation représentant trois logiques – instituée, biologique/corporelle et psychique/narcissique/imaginaire – au fondement de la construction des représentations mentales et collectives qui définissent les liens de filiation.

À ces trois axes, Golse et Moro (2017) ajoutent un quatrième axe, celui de la filiation narrative. Si ce concept est issu des travaux des auteurs concernant l'adoption internationale, où la quête des origines et leurs mises en récit sont indispensables, il s'avère que ce concept a aussi une portée plus générale, concernant alors tous les individus. En effet, les auteurs définissent la filiation comme « un vécu d'appartenance réciproque, vécu qui, une fois mis en place, nécessite d'être remis en chantier tout au long de l'existence au sein d'un processus progressif d'adoption mutuelle entre adultes et enfants » (Golse et Moro, 2017, p. 4). Cet axe narratif de la filiation viendra rendre effectifs les trois axes définis par Guyotat et leur donner leurs « assises historiques » (Golse et Moro, 2017, p. 6). Cet axe consiste en la mise en récit des origines de l'enfant. Ce récit semble primordial dans la mesure où la quête des origines « est un processus qui fonctionne comme un invariant universel, en ce sens qu'il conditionne le penser, c'est-à-dire l'activité même de la pensée, et le travail qui la sous-tend » (Golse, 2013, p. 145). Si dans la question des origines, la conception occupe une place de choix, l'histoire qui a précédé et a mené à cette dernière ne saurait être négligée, dans la mesure où elle vient dire le contexte de cette conception rendue possible. Ainsi, pour Golse, les bébés ont besoin d'une histoire pour se construire, une histoire qui va venir s'inscrire dans les relations précoces « cette histoire relationnelle leur permet en effet

de s'inscrire dans leur double filiation, maternelle et paternelle » (Golse, 2013, p. 149). Si cette histoire se situe au cœur des relations précoces, c'est parce qu'elle se coécrit entre la mère/les parents et les enfants. Les relations précoces deviennent alors un espace de créativité historique, espace venant dire aux protagonistes qui ils sont les uns pour les autres, leur permettant ainsi de se définir et de tisser entre eux des liens de filiations synchroniques, mais aussi diachroniques dans la mesure où cette histoire est précédée et porteuse de l'histoire des générations précédentes. En d'autres termes, si la filiation narrative émerge des relations précoces, elle se prolonge tout au long de la vie et vient colorer les capacités de mise en lien filiatives et affiliatives du sujet en devenir.

Finalement, la filiation narrative, en tant que quatrième axe de la filiation (Golse et Moro, 2017), vient mettre au centre du processus de filiation la place incontournable des relations précoces et le récit qui s'y initie. Dans ce contexte, le non-verbal vient transcender le récit parlé, les processus de filiations s'inscrivant alors dans un processus d'élaboration plurimodal, où la concordance, la cohérence et l'adéquation entre ces différentes modalités seraient la boussole de la subjectivation en cours et des capacités narratives ultérieures du sujet.

Nous avons pu voir que l'histoire conceptionnelle ainsi que celle en découlant narrée au cours des relations précoces viennent inaugurer celle que le jeune aura à élaborer à travers les mises en sens successives de son histoire, dessinant ainsi les contours de son identité narrative et participant à ses représentations filiatives et affiliatives. Afin de pouvoir en saisir les destins possibles en contexte de conception médicalisée, nous proposons un dispositif clinique basé sur la narrativité, et plus particulièrement basée sur la mise en narration des origines que nous appellerons « dispositif du récit conceptionnel ».

4. Description d'un dispositif thérapeutique à partir du récit conceptionnel

Ce dispositif requiert, au-delà de la narration de penser la narrativité, dans une situation thérapeutique, et il se situe dans l'intrication de l'intrapsychique et de l'intersubjectif.

Ainsi, l'étude de la narrativité peut nous renseigner sur les processus de subjectivation, la construction identitaire du sujet, lors d'une prise en charge thérapeutique, en repérant ses failles et ses points d'achoppement; repérage dont il est précisément question ici. Néanmoins, il serait indispensable, dans un deuxième temps, que cette exploration clinique donne lieu ultérieurement à une recherche venant conceptualiser et valider la méthode, mais aussi la pertinence des outils pensés et cliniquement ancrés.

4.1 Outils cliniques et étapes

Si le récit autour de la conception est ici la pierre angulaire de notre réflexion, la question de la conception n'est pas le motif de consultation des patientes. Néanmoins, lorsque l'anamnèse présente une histoire des origines médicalisée en lien avec la PMA, il convient de saisir comment le sujet s'est approprié l'histoire de sa venue au monde. En effet, il semble important de comprendre comment la narrativité du sujet concernant sa venue au monde nous informe sur son rapport à cette histoire, sur son vécu subjectif, et ce, afin de comprendre comment la mise en sens de cette première pièce du *puzzle*

vient colorer son histoire, sa construction, son développement; en d'autres termes, comment le récit conceptionnel vient s'inscrire dans les récits de vie qui lui succèdent.

C'est ainsi que la proposition clinique utilisée dans ce contexte se déroule en cinq temps au début de la prise en charge thérapeutique, cinq temps à partir d'outils cliniques permettant l'exploration de la narrativité des jeunes à travers différentes formes. Nous présenterons dans un premier temps les outils, puis dans un second temps les étapes de ce dispositif clinique.

4.1.1 Outils cliniques utilisés

L'entretien clinique : l'objectif est de laisser s'exprimer le sujet le plus librement possible sans influencer sa pensée tout en posant des questions, à travers une posture d'écoute attentive laissant place aux silences, le retour aux thèmes³ prévus par le dispositif pouvant être envisagé s'ils n'apparaissent pas d'emblée dans le récit du sujet (relation aux parents, etc.). Un retour au thème respectera cependant la narrativité du sujet ainsi que les angoisses et les aménagements défensifs qui auront pu émerger au cours du récit. Des sollicitations à travers la reformulation, la répétition, la relance seront autant de moyens utilisés par le clinicien pour accompagner, contenir et soutenir le récit du sujet. Le but est de se rapprocher au plus près de son vécu, en évitant, cependant, tout risque de mise en difficulté du sujet. Une seule question ouverte⁴ débute alors l'entretien afin de rendre possible la configuration du récit par sa mise en intrigue. Notre posture attentive et semi-directive vient favoriser la coconstruction du récit et le déploiement de la narrativité à travers la refiguration sur la scène du récit.

Le génogramme imaginaire est un outil clinique, à visée projective à l'instar du génogramme libre (Tuil, 2005), toutefois il présente une méthodologie différente. Le génogramme imaginaire est un outil clinique élaboré dans les années 1990 par deux psychologues cliniciens français, Dominique Mérigot et Judith Ollie-Dressayre. Selon ces auteurs, le génogramme imaginaire s'inscrit, dans la pratique clinique, comme un « objet flottant » pouvant prendre place dans l'espace de la thérapie (Ollie-Dressayre et Mérigot, 2007). Ce concept est issu de l'approche constructiviste de la relation d'aide. Ainsi, la rencontre thérapeutique permet un « espace intermédiaire » entre famille et clinicien, permettant l'émergence des représentations concernant la famille. L'intérêt de cet outil est la coconstruction qu'il propose entre le sujet et le clinicien dans la mesure où ce dernier peut intervenir, questionner, demander des précisions, afin de soutenir l'élaboration et la narrativité autour de cette représentation imaginaire de l'organisation psychique filiative et affiliative. La réalisation du génogramme imaginaire se déroule de la manière suivante : dans un premier temps, il est demandé au jeune de donner 10 personnes qui pour lui sont importantes dans un contexte donné (nous verrons plus précisément dans la partie suivante la consigne précise pour chaque génogramme demandé). Ces personnes peuvent être réelles, fictives, vivantes ou mortes. Puis dans un deuxième temps, nous proposons au jeune de faire « comme si »

³ Histoire de la conception, histoire de la période prénatale, de la naissance, histoire de la période postnatale.

⁴ « Pouvez-vous nous raconter l'histoire de votre venue au monde? »

ces personnes appartenaient à une même famille et de les organiser comme tel. Si la production finale est importante, elle ne saurait se dissocier du discours du jeune au cours de la réalisation.

Réalisation d'une ligne de vie (Diaz, 2019) et mise à l'écrit, seul, dans l'après-coup de la rencontre d'une narration : la réalisation de la ligne de vie a plusieurs intérêts. Dans un premier temps, elle permet de guider l'entretien où la consigne concernant l'histoire de la vie, ou d'une période de la vie, pourrait s'avérer angoissante face à l'ampleur de la tâche. Elle permet aussi au sujet narrateur de se représenter par écrit les moments importants de sa vie, telle une trame sur laquelle il pourra venir tisser son histoire. Pour Ricoeur (1983, 1984, 1985), l'expérience du temps devient temps humain à la condition d'une narration, la configuration narrative répliquant aux « apories de l'expérience et des théories phénoménologiques du temps » (Mecke, 2013, par. 1). Construire une ligne de vie permet alors au sujet de renforcer la concordance entre les différents moments de l'expérience vécue, déjà permise par la narration, à travers une configuration écrite des différents éléments aboutissant alors à un scénario temporalisé, s'apparentant à la « mise en intrigue » (Ricoeur, 1983, 1984, 1985).

Au-delà de servir l'entretien, la ligne de vie permettra au sujet de faire, seul et après la rencontre, le récit écrit de son histoire. Le passage à l'écrit dans l'après-coup de la narration orale permet une nouvelle refiguration de l'histoire, sur une autre scène du récit. Une scène où le destinataire semble être le clinicien, puisque le récit écrit nous est remis, mais pourrait être aussi le sujet lui-même. Quoi qu'il en soit, ce destinataire fait partie de son monde intérieur au moment de l'écrit. Il s'agit donc ici d'une scène qui pourrait permettre une autoréflexion, non seulement à partir de sa propre histoire, mais aussi à partir des différentes refigurations ayant eu lieu lors des différents entretiens, finalement une scène qui pourrait permettre l'élaboration d'un « métarécit ». La narrativité dans le contexte du récit écrit concernant sa propre histoire, accompagnée d'une réflexivité, d'une mentalisation différente et complémentaire de celle du récit oral, pourrait mener « sur la voie de l'incarnation subjective qui n'est autre que le mouvement par lequel le sujet est (se) reconduit à lui-même pour s'habiter » (Bertrand, 2011, p. 381). En effet, face à l'instantanéité du récit oral, le temps de l'écrit est celui de l'inscription où l'association libre orale laisse place à la trace écrite favorisant le regard du sujet sur sa propre histoire.

4.1.2 Les cinq temps

Temps 1 : Entretien clinique sur le récit conceptionnel

Cet entretien est centré sur l'histoire de la venue au monde de la jeune femme. Cette histoire concerne celle de la conception et celle de la période périnatale. Ici, la mise en récit permet d'appréhender les modalités d'appropriation subjective de son histoire par la jeune femme au regard de ce qui lui a été raconté de sa venue au monde et la façon dont elle a pu mettre en sens cette histoire. Il est important de préciser que la vocation de cette mise en récit est plus une co-construction de sens qu'une enquête factuelle concernant la réalité événementielle. La mise en récit de cette histoire permet in fine de penser les soubassements des mises en récit ultérieures lors des prochaines rencontres.

La question de départ de cette première rencontre est la suivante : « Pourriez-vous me raconter l'histoire de votre venue au monde? » Le choix d'utiliser l'expression « venue au monde » est lié à la nécessité de ne pas centrer la mise en récit sur le mode de conception que l'on obtiendrait par les appellations « conception » ou encore sur la naissance. L'idée étant de ne pas focaliser sur des événements comme ceux précédemment cités, mais de penser une période comprenant l'anté-conceptionnel, l'anténatal, la naissance et le postnatal.

Temps 2 : Réalisation d'un génogramme imaginaire.

Ce premier génogramme imaginaire vient compléter le récit conceptionnel dans la mesure où il vient dire quelque chose des représentations de filiation et d'affiliation du sujet, de l'élaboration du roman familial (Freud, 1973). L'introduction de ce génogramme imaginaire est la suivante : « Quelles sont les dix personnes les plus importantes selon vous concernant votre venue au monde? ». Comme nous l'avons vu, ces dix personnes seront dans un deuxième temps organisées au sein d'une famille imaginaire.

Temps 3 : Réalisation d'une ligne de vie

Cet entretien a pour objet une mise en récit de l'histoire de la jeune femme, depuis sa petite enfance, jusqu'au jour de la rencontre. Cette réalisation lors de la troisième rencontre suit la logique temporelle exposée précédemment. Ici, après avoir abordé la préhistoire de la jeune femme, l'histoire de sa venue au monde, nous continuons chronologiquement par cette mise en récit. L'intérêt de ce troisième entretien est de permettre la mise en récit d'éléments en lien avec la construction psychique et identitaire de la jeune femme. Cette troisième rencontre débute par la question suivante : « Pourriez-vous me raconter votre histoire, depuis votre enfance jusqu'à aujourd'hui? ». Comme nous l'avons vu, cet entretien est guidé par la réalisation d'une ligne de vie.

Comme lors du premier entretien, des thématiques sont prévues : Narration de la petite enfance, de l'âge scolaire, de l'adolescence, des relations familiales et extrafamiliales (amicales, amoureuses).

C'est à la fin de cette rencontre qu'est proposée la mise à l'écrit de l'histoire de la jeune femme, à partir de la ligne de vie réalisée et en dehors du temps des rencontres.

Temps 4 : Retour sur le récit écrit

Il est proposé à la jeune femme de revenir sur son récit écrit, son contenu, son vécu au moment du passage à l'écriture.

Ce retour sur le passage à l'écrit lors de la quatrième rencontre permet d'explorer les évolutions éventuelles de la narrativité pouvant témoigner de la dimension structurante et subjectivante à l'œuvre dans ce dispositif thérapeutique.

Temps 5 : Réalisation du deuxième génogramme imaginaire

Pour soutenir le fil narratif, nous proposons un second génogramme imaginaire autour d'une nouvelle consigne. L'idée est toujours de respecter une logique temporelle et

historicisante au cours des différentes mises en narration. L'intérêt ici est de pouvoir mieux comprendre la représentation des liens au cours de cette période de construction psychique et identitaire. Aussi, la question de départ est ici « pourriez-vous lister un maximum de dix personnes au maximum qui sont importantes selon vous dans la construction de la personne que vous êtes aujourd'hui? » À nouveau ces personnes seront imaginées par le jeune et liées par des liens familiaux.

5. Discussion clinique sur les effets du dispositif clinique

Dans la mesure où la mise en œuvre exploratoire de cette proposition de dispositif a eu lieu au cours de suivis thérapeutiques, nous proposons de faire état de deux effets de ce dispositif :

1. description phénoménologique de l'impact d'une origine médicalisée sur la subjectivité des jeunes;
2. mise en évidence des effets dialogiques du dispositif pour soutenir et favoriser la capacité narrative et associative.

5.1 *Identité narrative et conception médicalisée*

Au cours de nos suivis thérapeutiques, nous avons pu voir l'importance de la place du vécu maternel de l'histoire conceptionnelle dans les discours des jeunes femmes. L'impact de la médecine procréative sur les jeunes femmes « nées de » semble être en lien avec la représentation et le vécu de leur mère, concernant non seulement l'infertilité, mais aussi sa médicalisation. Ce vécu maternel et ses représentations, en conditionnant ou non un discours, semblent infléchir, dans certains cas, la construction subjective, narrative, mais aussi filiative de leur fille. Nous avons pu observer deux grandes catégories de vécus maternels : le vécu de la scène conceptionnelle, le vécu de la prise en charge des femmes infertiles ou encore « parcours du combattant ». Nous rappelons que les mères n'ont pas été rencontrées, aussi il s'agit bien ici de la mise en récit des jeunes femmes à travers la manière dont elles purent inscrire dans leur narrativité leur histoire conceptionnelle, histoire à l'entrecroisée de l'histoire parentale et de leur propre histoire. Ces illustrations cliniques sont présentées d'après les standards de notre discipline concernant le respect de la confidentialité (Gabbard et Williams, 2001).

5.1.1 L'enfant de la science

Dans certaines narrations, nous avons pu observer l'importance de la place donnée au médecin dans l'histoire conceptionnelle. Un médecin apparaissant comme celui grâce auquel la femme a pu devenir mère, et, in fine, l'enfant naître. Dans ces récits, il n'est finalement que peu question de l'infertilité de la mère, mais plus de la place qu'occupe le médecin dans la conception de l'enfant. Une place idéalisée, toute-puissante, qui dans certains cas apparaît même dans le génogramme imaginaire réalisé. Cette inscription dans la filiation fantasmatisée dessinée apparaît soit dans une triangulation ayant donné naissance à l'enfant, soit dans un des cas en lieu et place du père. Ici, la scène conceptionnelle, répondant à la question des origines, semble avoir été brouillée

par l'intrusion de ce « tiers fécondant », relevant le principe de réalité de la technique médicale utilisée. Intrusion dans le réel qui semble effracter l'élaboration de la filiation psychique par la difficile mise en sens des places de chacun au cœur de la scène des origines. En effet, nous avons pu constater la difficulté à penser le lien filial au père ou à la mère, au-delà du lien génétique, du fait de ce tiers médicalisé au cœur de la conception :

- Pour une des jeunes femmes, celle-ci se définit non pas comme l'enfant de ses parents mais comme *l'enfant de la science*. La difficulté à se représenter son père infiltre sa narrativité : *je suis née grâce au médecin qui a fécondé ma mère, finalement mon père n'a pas eu besoin d'être là, ma mère m'a conçue toute seule... enfin avec le médecin*. Chez cette jeune femme nous pouvons observer non seulement l'identité narrative élaborée à partir des origines, mais aussi une filiation narrative empreinte de la confusion issue de la scène conceptionnelle. Nous avons pu faire le même constat dans le récit d'une autre jeune fille, malgré un impact moindre sur la représentabilité du père : *mon père, je sais qui c'est, c'est mon papa, mais le médecin... c'est qui pour moi?* Cette question fait émerger la place inconsciente de ce tiers médical dans la subjectivité des jeunes femmes. Une place qui, si elle ne remet pas en question de façon systématique la filiation psychique, vient laisser un impensé/impensable quant à la dette à l'égard de ce médecin sans qui elles ne seraient pas là, et sans qui leurs mères ne seraient pas devenues mères. Une place qui socialement est, d'ordinaire donnée, sinon au père, au géniteur, et qui dans ce contexte semble conférer au médical cette place si singulière du « savoir » et du « pouvoir » sans possibilité de l'inscrire ni de le représenter dans le récit de la jeune femme. Cette confusion des places est un objectif possible de la psychothérapie à partir du récit conceptionnel.
- Pour une autre, c'est le lien à la mère qui est remis en question : *Ma mère a toujours voulu un garçon et une fille, elle a eu un fils⁵*. Ce lapsus fait suite à une pensée vécue angoissante par la jeune fille : *J'ai passé mes premiers instants dans une éprouvette et pas dans un ventre*. Ici encore, l'absence de continuité filiale liée à la décorporéisation de la conception sera l'enjeu d'un travail psychothérapeutique de symbolisation.

5.1.2 L'infertilité maternelle comme origine

Dans d'autres récits, le diagnostic d'infertilité et le parcours médicalisé de la mère de la jeune femme occupent une place importante. Des récits où la blessure narcissique vécue par la mère est sur le devant de la scène : *ma mère a tout fait pour avoir un enfant ... comme les autres femmes; c'est pas juste ce que ma mère a vécu; elle s'est tellement battue pour m'avoir; ma mère a tellement souffert pour m'avoir*.

L'histoire anté-conceptionnelle dans un contexte de médecine procréative peut renvoyer à différentes questions pour les jeunes femmes « nées de », notamment la question de l'infertilité de leur mère et du vécu de ce diagnostic, le vécu maternel de la

⁵ Petit frère de la jeune femme, conçu naturellement.

prise en charge, des échecs. Pour les jeunes femmes rencontrées, nous avons pu trouver des traces plus ou moins prégnantes chez chacune d'elles de ces différents éléments. Néanmoins, si l'infertilité est présente dans le discours, elle n'apparaît quasi jamais nommée en tant que telle. La question est abordée soit à travers le mot « problème » soit en nommant la pathologie associée, soit en évoquant l'impossibilité d'avoir des enfants. Nous allons voir que le rapport à ce mot « infertilité » peut prendre différentes colorations chez les jeunes femmes en fonction de l'appropriation subjective de l'histoire anté-conceptionnelle.

La question de l'infertilité vient, pour certaines, questionner le féminin maternel de la mère, féminin maternel restauré souvent par le récit en évoquant une mère malgré tout « comme les autres ». L'angoisse générée par la question du féminin maternel de la mère blessée par l'infertilité semble cependant, chez certaines jeunes femmes, trouver une solution dans l'éventuelle responsabilité du père dans cette situation « d'inconception conjugale ». Le recours immédiat à la pathologie pour expliquer l'infertilité maternelle apparaît régulièrement, comme pour donner une raison explicable, objectivable, tolérable psychiquement pour évoquer cette castration maternelle dans le réel; le corps servant comme support à la métaphore de la souffrance maternelle. La psychanalyse désigne sous le signifiant de castration ce manque qui trouve solution dans l'obtention pour la mère de la grossesse et, in fine, de l'enfant. Cette solution semble alors assigner la jeune femme, dans son récit, à une place d'objet narcissique maternel restaurant le préjudice vécu de l'infertilité. Cette place vient alors questionner les destins de l'édification de la subjectivité et de l'identité narrative des jeunes femmes, notamment lorsqu'à travers leurs récits elles se définissent comme *bébé espoir*, *bébé dernière chance* ou encore *je n'étais pas la première réussite* chez cette jeune femme conçue après plusieurs échecs des traitements. Nous aborderons ce point plus précisément dans le paragraphe suivant.

Chez de nombreuses jeunes, l'élaboration d'un féminin maternel castré achoppe parfois à l'évocation du dispositif médical qui a été indispensable à la conception, à la venue au monde des jeunes femmes. Lorsque ces dernières abordent cette question, la difficulté de ce parcours, souvent appelé « parcours du combattant », et la souffrance de leur mère, tant corporelle que psychique, surgissent sur le devant de la scène. Finalement cette métamorphose de leur mère en *mater dolorosa* à l'origine de leur histoire semble chez certaines jeunes réactualiser des angoisses archaïques de destruction de l'intérieur du corps de la mère; l'une d'elles nous dira *Je ne voulais pas détruire ma mère en venant au monde*.

Ainsi, l'identité narrative des jeunes femmes rencontrées au sein de ce récit conceptionnel semble s'édifier dans un continuum allant d'une culpabilité œdipienne, où il est question d'un féminin maternel castré qu'elles tentent de restaurer, à une culpabilité mortifère où elles se placent en responsable du désastre maternel; ce continuum semble montrer une représentation d'elles-mêmes située entre une image idéalisée, toute-puissante et une autre plus destructrice, décevante, négative, coupable.

5.2 La transmission du féminin maternel en question

Nous venons de voir que l'histoire de l'infertilité maternelle en tant qu'origine des jeunes femmes rencontrées est prégnante dans leur récit et infiltre leur identité narrative. Comment cette histoire va-t-elle colorer la transmission du féminin maternel de la mère à la fille?

Chez certaines jeunes rencontrées, nous pouvons observer les aléas et avatars de cette transmission, une transmission colorée par le féminin maternel effracté de la mère diagnostiquée infertile, venant s'exprimer dans la narrativité des jeunes à travers différentes modalités. Certaines verbalisent clairement la crainte d'être stériles, chez d'autres l'histoire maternelle apparaît entre les lignes du récit :

- Chez les plus jeunes, le refus de voir le corps se féminiser, ou encore l'angoisse face aux métamorphoses corporelles de la puberté (apparition de la poitrine, des menstruations) pourraient venir témoigner d'une angoisse face à une féminité aux promesses d'un féminin possiblement dangereux, un féminin au risque d'une castration dans le réel, ou encore d'une inéluctable destruction fantasmée de l'intérieur du corps féminin.

Il y a juste l'histoire des règles à mon adolescence qui m'a un peu perturbé. Moi je ne voulais pas du tout les avoir, mais ma mère insistait pour que je les aie. Et le jour où je les ai eues, je me suis dit et pourquoi ça n'a pas duré plus longtemps de ne pas les avoir. J'étais bien sans, finalement j'étais normale.

- Chez les plus âgées des jeunes femmes, nous avons pu rencontrer des craintes concernant l'investissement d'une relation amoureuse sérieuse, où elles seraient confrontées à la question d'un projet d'enfant dans le couple. Ainsi, l'une d'elles agit dans la réalité cet impensable par le fait d'entretenir des relations uniquement avec des hommes mariés : *J'ai toujours trouvé plus facile d'être la maîtresse, même si des fois c'est compliqué, mais au moins ça engage moins.*
- Chez certaines, plus rares, nous avons pu noter l'apparition de grossesse précoces, adolescentes. Ces jeunes femmes ont pu mettre en récit l'impensable de cette fertilité ayant conduit à des rapports non protégés. Ces grossesses pourraient venir faire sens dans la subjectivité des jeunes à travers deux dimensions, entre une introjection d'un soi infertile inéluctable et une tentative inconsciente de se prouver le bon fonctionnement de leur corps. Nombre de ces grossesses ont conduit les jeunes femmes à avoir recours à une interruption de grossesse, sans pouvoir en parler à leur mère, comme s'il leur était impossible d'exposer leur fertilité au visage de leur mère : *Je suis tombée enceinte à 15 ans, c'était pas prévu, je n'ai jamais pu en parler, comment dire à ma mère que moi sa fille je portais un enfant dont je ne voulais pas.* La culpabilité émerge de ce discours, une culpabilité porteuse du dilemme de ces jeunes de devenir femme et mère au regard de leur propre mère blessée dans leur féminin maternel. Cependant, d'autres ont narré leur impossibilité à *perdre ce bébé, à refuser cette*

grossesse, moins pour elle mais plus *au regard des femmes qui ont souffert tellement pour en avoir*. Ici aussi la culpabilité face à ce qu'a vécu leur mère pour les concevoir vient colorer leur narrativité et leur identité narrative.

Pour penser ces observations cliniques, nous utilisons les travaux de Manzano, Palacio Espasa et Zilkha (2009) qui ont mis en évidence les projections des parents vers leurs enfants, par le biais du mécanisme psychique de l'identification projective. Selon les auteurs, deux configurations cliniques des scénarios narcissiques sont observées :

1. L'ombre de soi des parents en tant qu'image infantile de soi des parents, projetée sur l'enfant;
2. L'ombre de l'objet des parents en tant qu'image d'un objet interne des parents projetée sur l'enfant.

Si bien évidemment ces projections existent, quel que soit le contexte conceptionnel, il pourrait sembler pertinent de rajouter ici l'ombre d'un soi parental, et notamment maternel, effracté par la blessure narcissique du vécu de l'infertilité.

Ainsi, au regard de la clinique auprès de ces jeunes femmes nées d'une mère infertile, nous pourrions évoquer l'existence possible d'une « ombre du soi infertile » (Rambeaud-Collin, 2018) dans la subjectivité des jeunes rencontrées, témoins d'une transmission d'un féminin maternel effracté de la mère à la fille.

Nous avons mis en sens ces récits cliniques, avec des repères théoriques mais ils prennent également forme dans des représentations collectives de la maternité, du féminin, soulignant l'importance d'une écoute clinique qui soutient l'émergence d'un récit singulier confié à un autre bienveillant.

5.3 Naître d'une histoire et devenir le « Je » de son récit

Nous venons de voir comment la problématique de l'infertilité maternelle pouvait se retrouver dans la construction de la jeune fille au regard de l'histoire de la conception, et de la transmission de la mère à la fille.

Nous avons vu que mettre en place un dispositif clinique à partir du récit conceptionnel, nécessite de considérer le récit en lui-même mais aussi ses effets structurants et organisateurs au fil des rencontres. Ainsi, si nous avons pu voir les effets de l'histoire conceptionnelle sur la narrativité, nous ne pouvons faire l'économie de penser les effets de la mise en récit, sur l'appropriation subjective de l'histoire conceptionnelle à travers ce dispositif clinique et son impact sur la capacité du sujet à se raconter, à se dire, à se définir, objectif principal de ce dispositif clinique.

Il semble apparaître au fil des séances une élaboration de l'histoire des jeunes femmes rencontrées. Une élaboration bien particulière que l'on pourrait qualifier comme le passage d'une « histoire narrée » à une « histoire subjectivée ». Finalement une histoire où, si dans les deux cas la jeune femme est le personnage principal, elle passe de la place de récipiendaire d'un discours maternel, à celle de propre auteur de son histoire.

En effet, les premiers récits des jeunes femmes étaient imprégnés du discours de leur mère, coloré par le vécu de ces dernières de l'histoire conceptionnelle de leur fille. Une histoire qui venait dire à ces jeunes femmes qui elles étaient, ce qu'elles représentaient, dans une histoire parlant d'elle, mais dont elles n'étaient finalement pas narratrices telle une « identité narrative greffée ». Par cette appellation nous souhaitons mettre en lumière le fait que dans les premiers récits de ces jeunes filles apparaissait plus une identité qui leur était conférée, empreinte du vécu affectif de leur mère, qu'une identité investie, élaborée, subjectivante. Finalement une identité plus porteuse des représentations issues du vécu douloureux de l'infertilité maternelle que de leur propre représentation, historicisation d'elle-même. Plusieurs fragments de thérapie nous ont amenés à penser l'impact de cette « identité narrative greffée » sur la construction subjective de ces jeunes : *Je suis un enfant miracle, j'avais intérêt à être sage au vu de ce que ma mère a dû endurer pour m'avoir, je suis l'enfant de la dernière chance.*

Ces phrases, énoncées de façon anodine et banalisée, viennent néanmoins inscrire une injonction non verbalisée quant à « ce que doivent être ces jeunes filles » au regard de ce qu'elles représentent pour leur mère relativement au vécu de leur infertilité et de sa prise en charge médicalisée. Il s'agit d'une injonction dans laquelle se dessine pour ces jeunes filles la nécessité de venir réparer la blessure narcissique vécue par leur mère, et pouvant être à l'origine d'une importante culpabilité chez ces dernières, ou encore un vécu décevant face à l'impossible accès à la représentation idéalisée que leur mère se font d'elles.

C'est cette réflexion qui nous a conduits à penser l'objectif thérapeutique de nos séances, à savoir partir de ces récits constitués d'une identité narrative greffée, d'une histoire qui les ont précédés et dont elles sont nées, pour arriver à une histoire qu'elles se seront appropriée, dont elles pourront devenir le « Je », un « Je » subjectivant témoignant alors d'une « identité narrative » structurante et subjectivante.

D'un point de vue clinique, nous avons pu mettre en évidence au cours des séances :

- une narrativité effractée présentant une certaine difficulté à la mise en récit et au travail de liaison;
- une narration marquée par la difficile mise en sens : logorrhée à forte valence pulsionnelle, sidération, menace d'effondrement;
- représentation du soi au regard du vécu maternel de l'histoire conceptionnelle.

Puis au fur et à mesure, les mises en récits des jeunes femmes semblent soutenir une organisation et une structuration plus marquées. Un détachement du discours maternel s'est opéré progressivement, nous avons alors pu observer :

- une relance de l'associativité;
- un apaisement du discours;
- une possible mise en récit;
- une modification de la représentation du soi, et de la relation à l'autre.

Finalement, il semble apparaître que la mise en récit, à partir de l'histoire conceptionnelle, permise par ce dispositif clinique, permette de pouvoir négocier une position favorisant la déprise du discours maternel et l'appropriation subjective de l'histoire de la jeune femme. Enfin, devenir le « Je » de son propre récit à partir de l'histoire des origines issue de l'histoire de l'infertilité maternelle.

6. Conclusion

L'objectif poursuivi s'est construit à partir de deux ambitions. Tout d'abord, nous avons voulu comprendre, de façon théorique, comment, chez les jeunes femmes nées de mère infertiles, l'histoire de leur venue au monde venait impacter leur identité narrative. Puis dans un second temps, nous avons voulu mettre en place un outil praxéologique, ancré dans la thérapie psychodynamique narrative, auprès des jeunes femmes rencontrées, afin de permettre une appropriation de leur histoire conceptionnelle à travers l'émergence d'une identité narrative en faveur d'un processus de subjectivation organisant et structurant pour la psyché individuelle.

Finalement, tout l'enjeu a été de penser le chemin d'un « naître de » au « devenir Je » grâce aux configurations successives des différentes mises en récit des jeunes nées de mère infertile, au sujet de leur histoire conceptionnelle. Une histoire conceptionnelle dont la préquelle se déroule au cœur d'une histoire antéconceptionnelle, convoquant sur l'avant-scène une femme infertile, possiblement blessée narcissiquement, et un tiers médical nécessaire à la restauration physique et psychique du préjudice lié à la castration maternelle. Puis, cette histoire est mise en mots au sein d'un discours maternel, une histoire dont le personnage principal et le destinataire sont la jeune femme. Une mise en récit maternelle qui viendra alors dire à cette dernière non seulement l'histoire de sa venue au monde, mais aussi qui elle est, d'où elle vient. La jeune femme est alors prise entre deux histoires, celle de l'infertilité maternelle et celle de sa venue au monde, deux histoires qui pourtant participent à la définir. Ainsi de ces histoires successives, de ces identités successives, de cette subjectivité en mutation, le « Je » va devoir advenir.

Ces observations cliniques sont issues de rencontres singulières dans un contexte précis. Elles constituent des témoignages précieux à partir desquels nous souhaitons poursuivre de nouvelles recherches narratives concernant l'impact des parcours médicaux dans l'histoire des jeunes. Si ici nous avons fait le choix de centrer notre propos sur la relation mère-fille, cela ouvre des perspectives pour étudier dans ce contexte le discours des pères. Nous avons ici traité d'une technique de conception médicalisée intraconjugale, toutefois il serait intéressant d'investiguer les mises en récit des jeunes issus d'une procréation médicale assistée avec un recours au don de gamètes ou la gestation pour autrui. Cette dernière question pourrait susciter d'autres enjeux psychiques.

Ces jeunes femmes nous ont invités à questionner nos représentations collectives autour de ces parcours singuliers et peuvent servir pour penser cliniquement et collectivement les récits conceptionnels contemporains.

Bibliographie

- Bertrand, S. (2011). Incidence du développement de la « conscience parentale de l'Autre-bébé » durant la grossesse sur la qualité des interactions précoces (0-3mois), *La psychiatrie de l'enfant*, 54 (2), 355-432. <https://doi.org/10.3917/psy.542.0355>
- Bushnik, T., J. L. Cook, A. A. Yuzpe, S. Tough et J. Collins (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada, *Human Reproduction*, 27 (3), 738-746. <https://doi.org/10.1093/humrep/der465>
- Dallos, R. (2006). *Attachment narrative therapy: Integrating systemic, narrative, and attachment approaches*. Maidenhead, Berkshire : Open University Press.
- Diaz, M. (2019). Quelques objets flottants, outils de la systémie et supports pour la médiation et la communication. In M. Diaz (dir.), *La systémie : une compréhension originale de la famille* (p. 61-98). Nîmes : Éditions Champ social.
- Freud, S. (2006). *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Paris : Presses universitaires de France (Ouvrage original publié en 1985).
- Freud, S. (1973). Le roman familial des névrosés. In S. Freud (dir.), *Névrose, psychose et perversion* (p. 157-160). Presses universitaires de France (Ouvrage original publié en 1909).
- Freud, S. (2004). *Conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Éditions Gallimard (Ouvrage original publié en 1999).
- Gabbard, G. O. et P. Williams (2001). Preserving confidentiality in the writing of case reports, *The International Journal of Psychoanalysis*, 82 (6), 1067-1068. <https://doi.org/10.1516/KNK5-JA24-KPAP-H5P3>
- Golse, B. et S. Missonnier (2011). *Récits, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*. Toulouse : Éditions Erès (Ouvrage original publié en 2005).
- Golse, B. (2013). La quête des origines acte administratif ou acte narratif? *Enfances & Psy*, 2 (59), 144-154. <https://doi.org/10.3917/ep.059.0144>
- Golse, B. et M. R. Moro (2017). Le concept de filiation narrative : un quatrième axe de la filiation, *La psychiatrie de l'enfant*, 1 (60), 3-24. <https://doi.org/doi:10.3917/psy.601.0003>
- Green, A. (2003). *La folie privée : Psychoanalyse des cas-limites*. Paris : Éditions Gallimard.
- Guyotat, J. (1980). *Mort, naissance et filiation*. Paris : Éditions Masson.
- Kirmayer, L. J. (2004). The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor and mechanism, *British Medical Bulletin*, 69 (1), 33-48. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh006>
- Lani-Bayle, M. (2019). Intime/extime, *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, 22 (1), 103-106. <https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0103>
- Laplanche, J. et J.-B. Pontalis (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France (Ouvrage original publié en 1967).

- Laplanche, J. (1998). Narrativité et herméneutique quelques propositions, *Revue française de psychanalyse*, 62 (3), 889-893.
- Manzano, J., F. Palacio Espasa et N. Zilkha (2009). *Les scénarios narcissiques de la parentalité. Clinique de la consultation thérapeutique*. Paris : Presses universitaires de France (Ouvrage original publié en 1999).
- Mecke, J. (2013). Mimésis et poiésis du temps : Paul Ricœur et la temporalité du roman (post-) moderne, *Fabula. La recherche en littérature*. En ligne : <http://www.fabula.org/colloques/document1885.php>
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie? Nidification fœtale et nidation parentale, *La psychiatrie de l'enfant*, 50 (1), 61-80. <https://doi.org/10.3917/psyse.501.0061>
- Ollié-Dressayre, J et D. Mérigot (2007). Le génogramme imaginaire. In A.-M. Garnier (éd.), *Génogrammes* (p. 145-168). Toulouse : Érès. En ligne : <https://doi.org/10.3917/eres.garni.2007.01.0145>
- Orange, D. M. (2009). Intersubjective Systems Theory: A Fallibilist's Journey, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159 (1), 237-248. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2008.04347.x>
- Rambeaud-Collin, D. (2018). *Du « naître de » au « devenir Je » : mise à l'épreuve du récit conceptionnel chez la femme née de mère infertile*. Thèse de doctorat, Université Toulouse 2 Jean Jaurès.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit : vol. 1. L'intrigue et le récit historique*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (1984). *Temps et récit : vol. 2. La configuration du temps dans le récit de fiction*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit : vol. 3. Le temps raconté*. Paris : Éditions du Seuil.
- Roussillon, R. (2012). On souffre du non approprié de l'histoire : On guérit en l'intégrant, *Le Carnet PSY*, 167 (9), 36-41. <https://doi.org/10.3917/lcp.167.0036>
- Sanchez, L. (2018, 25 juillet). PMA : pourquoi est-elle plus utilisée dans certains pays que dans d'autres? *Le Monde*. En ligne : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/07/25/pma-pourquoi-est-elle-plus-utilisee-dans-certains-pays-que-dans-d-autres_5335563_4355770.html
- Spence, D. P. (1984). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York, Londres : W. W. Norton & Company.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York : Basic Books.
- Tuil, S. (2005). De l'emploi du génogramme libre en entretiens familiaux à visée thérapeutique, *Dialogue*, 168 (2), 115-133. <https://doi.org/10.3917/dia.168.0115>
- White, M. et D. Epston (1990). *Narrative means to therapeutic ends* (1^{ière} éd.). New York : W.W. Norton & Company.