

*Les écueils de la relation
précoce mère-bébé*

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Les écueils de la relation précoce mère-bébé

*Prise en charge
en unité d'accueil mères-enfants*

Sous la direction de
Claude Boukobza

avec les participations de :

Saina Aït Kaci
Hervé Bentata
Françoise Biermann
Dominique Bourrier
Christine Davoudian
Catherine Dubié
Agnès Faillet
Bernard Golse
Magali Lachuer
Véronique Lamy
Claude Lefranc
Malika Mansouri
Laure Quantin

1001 BB - Drames et aléas de la vie des bébés

Cet ouvrage est le compte rendu d'une journée de travail organisée en commun avec la PMI de Saint-Denis, à l'hôpital Delafontaine, le 1^{er} décembre 2006.

Conception de la couverture :
Corinne Dreyfuss
Réalisation :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2762-7
Première édition © Éditions érès 2007
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Table des matières

Avant-propos.....	7
-------------------	---

LE TRAVAIL CLINIQUE À L'UNITÉ D'ACCUEIL MÈRES-ENFANTS DE SAINT-DENIS :

« Je suis malade du sang » De la dépression du post-partum <i>Claude Boukobza</i>	11
« Tic-toc ». L'obsession maternelle, un écueil pour la relation précoce maman-bébé ? <i>Hervé Bentata</i>	29
À propos de deux cas cliniques <i>Françoise Biermann</i>	37
La régression thérapeutique dans les unités mère-bébé <i>Laure Quantin</i>	45
La mise en récit comme maillon thérapeutique de nos interventions précoces <i>Bernard Golse</i>	63

ACCOMPAGNEMENT DU LIEN MÈRE-ENFANT :
CULTURE, CRÉATIVITÉ

Pourquoi ce thème : « Culture et créativité » ?	92
L'atelier massage bébé	
<i>Dominique Bourrier, Catherine Dubié</i>	93
L'atelier musique à l'Accueil.	
Histoire d'un projet autour de la guitare	
<i>Claude Lefranc</i>	101
L'atelier « musée »	
<i>Magali Lachuer, Zaina Aït Kaci</i>	113

L'ENFANT EXPOSÉ À LA VIOLENCE CONJUGALE

La PMI et les violences conjugales	
<i>Agnès Faillet, Véronique Lamy</i>	131
L'enfant exposé à la violence conjugale.	
Quelle prise en charge en unité mère-bébé ?	
<i>Malika Mansouri</i>	141

DIFFICULTÉS SOCIALES ET PSYCHOPATHOLOGIE

« Accoucher en terre étrangère ».	
À propos d'un groupe de parole en PMI	
de femmes migrantes en grande précarité	
<i>Christine Davoudian</i>	155
« Je préfère ma douleur d'aujourd'hui à celle d'hier »	
<i>Claude Boukobza</i>	167

Avant-propos

L'unité d'accueil mères-enfants du centre hospitalier de Saint-Denis ¹ a été créée en mai 1992 de façon expérimentale ² et agréée en juillet 1994 comme hôpital de jour mères-enfants, pour accueillir les pathologies de la relation précoce mère-bébé.

Nous y accueillons, à la journée ou à la demi-journée, des mères atteintes de dépression du post-partum, de psychoses puerpérales, de psychoses chroniques ou très carencées, ou isolées, avec leurs jeunes enfants (0 à 3 ans). L'hypothèse de travail consiste à penser que prendre soin de la mère et soutenir la relation mère-enfant participent de la prévention d'une éventuelle pathologie de l'enfant.

Ces familles nous sont adressées par les services de PMI de Seine-Saint-Denis, avec qui nous travaillons en étroite collabora-

1. 6 rue Auguste-Poullain 93200 Saint-Denis. uame@9online.fr

2. Avec l'aide de la Fondation de France, du conseil général de Seine-Saint-Denis, du FAS Île-de-France, de la direction de la Santé et de la direction de l'Action sociale, puis de la Fondation des hôpitaux de France, de la Fondation pour l'enfance et de la Fondation McDonald's, le docteur Abram Coen étant chef de service du secteur de pédopsychiatrie.

tion – comme l’atteste cet ouvrage –, par les différentes Maternités ou services de néonatalogie, par les services de psychiatrie adultes, par l’Aide sociale à l’enfance ou par des médecins de ville.

Toutes les familles accueillies bénéficient, d’une part d’entretiens individuels réguliers avec un des consultants de l’équipe, d’autre part d’un temps hebdomadaire d’accueil en petit groupe par une équipe composée d’infirmières psychiatriques, de puéricultrices et de psychologues. La durée d’accueil peut varier d’une demi-journée à cinq jours pleins par semaine, et la prise en charge peut se poursuivre, si besoin est, jusqu’aux 3 ans de l’enfant.

Nous avons déjà rendu compte de notre travail, de ses avancées et de ses questionnements dans deux précédents ouvrages : *Les relations précoces mère-enfant et leurs vicissitudes*³ et *Narcissisme de la mère, narcissisme de l’enfant*⁴. Nous y avons étudié la double fonction de l’institution auprès de ces mères et de leurs enfants : la fonction de soutien, de *holding*, que nous appelons la *clinique du holding* ; la fonction de médiation et de séparation, la *fonction tierce*.

Cet ouvrage, que la collection « Mille et un bébés » a bien voulu accueillir, étudie plus particulièrement les pathologies de la fonction maternelle et les modalités de nos interventions auprès des mères et des bébés. Le professeur Bernard Golse a par ailleurs répondu à notre invitation pour parler de la « narrativité », de la mise en récit dans le travail avec les bébés.

3. Dir. Claude Boukobza, Saint-Denis, Éd. Santé mentale et Culture, 1995, épuisé.

4. Dir. Claude Boukobza et Abram Coen, Saint-Denis, Éd. Santé mentale et Culture, 1998, 15 euros, sur commande à l’UAME.

LE TRAVAIL CLINIQUE
À L'UNITÉ D'ACCUEIL MÈRES-ENFANTS
DE SAINT-DENIS

Claude Boukobza

« Je suis malade du sang » De la dépression du post-partum

Je traiterai ici de la dépression du post-partum, c'est-à-dire de cette dépression spécifique qui atteint certaines femmes du fait de la présence de leur enfant nouveau-né. Il va sans dire qu'une femme peut être dépressive et avoir un enfant qui, d'ailleurs, parfois la soustrait à sa dépression, lui redonne le goût et la force de vivre, ou être déprimée pour une raison qui n'a pas à voir avec la seule présence de l'enfant (deuil d'un parent, problèmes sociaux, discorde avec le conjoint, etc.).

Mentionnée pour la première fois en 1550 par un médecin portugais, Castelo Branco, connue au XVII^e siècle sous le nom de *melancolia ex utero*, la dépression du post-partum a cependant assez peu attiré l'intérêt des psychiatres. C'est Marcé qui, le premier, en 1858, dans son ouvrage *Traité de la folie des*

Claude Boukobza, psychanalyste, cofondatrice et consultante à l'UAME, chargée de cours à l'université Paris 7-Denis Diderot, UFR Sciences humaines cliniques.

femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ¹, décrit ces « accidents nerveux » qui atteignent les femmes soit dans les huit ou dix premiers jours du *post-partum*, soit vers la cinquième ou sixième semaine. À partir des années 1980, on fait la différence entre le *post-partum blues*, ou *baby blues*, et la dépression du post-partum. Les psychiatres ont mis au point différentes échelles pour la dépister et la mesurer, la plus connue et la plus employée étant celle de Cox, l'EPDS.

Pourquoi cette frénésie de cotation et de dépistage ? Parce que, certes, c'est la tendance en psychiatrie de tout mesurer. Mais aussi parce que ces dépressions échappaient jusque-là à l'investigation et donc au traitement psychiatrique, par la forme qu'elles prennent ; d'autre part, on en a maintenant repéré les effets pernicieux sur le développement de l'enfant.

J'évoquerai rapidement la description psychiatrique de la dépression du post-partum, puis nous entrerons dans la compréhension psychanalytique des phénomènes en jeu.

Ces dépressions, à la forme clinique originale, affectent, selon les différentes études, 15 à 20 % (Pitt, 1968) des femmes en post-partum. Un phénomène qui affecte 15 % d'une population peut-il d'ailleurs encore être considéré comme un phénomène pathologique ou ne représente-t-il pas plutôt une manifestation existentielle ? Je laisserai pour le moment la question ouverte.

Ces dépressions sont parfois appelées par les psychiatres des « dépressions souriantes », parce qu'on y constate une dénégation

1. Rééd. avec le concours de la Société Marcé francophone, par A. Coen, Paris, L'Harmattan, 2002.

tion maternelle de la souffrance. Je mettrai personnellement un bémol à cela, car il me semble que, dès que la femme sent qu'elle peut, sans être jugée, exprimer sa souffrance, elle ne manque pas de se plaindre ! Nous, nous ne les trouvons pas très souriantes, nos mamans, pas plus avec l'enfant qu'avec nous. Il semble qu'on ait assisté ces dernières années à un changement socioculturel, favorisé par une série de publications et surtout d'émissions de radio et de télévision. Les mères ont aujourd'hui moins de pudeur et de culpabilité à se plaindre de ne pouvoir se réjouir ou même de ne pouvoir supporter d'être mère. Soulignons aussi que la plainte est précieuse, car elle constitue un appel à l'autre, un appel à l'aide, et donc le levier essentiel de notre intervention.

On note donc plus d'anxiété que de tristesse. Les plaintes s'expriment plus facilement à propos de l'enfant, d'autant plus que les dépressions du post-partum favorisent l'émergence de troubles chez l'enfant : troubles du sommeil, balancements, difficultés alimentaires, régurgitations, prises de poids insuffisantes, pleurs incessants, problèmes dermatologiques, consultations répétées sans raison, souvent aux Urgences de l'hôpital.

La mère ressent une grande fatigue et irritabilité qui affecte centralement sa relation à l'enfant et aux soins. Elle a le sentiment d'une incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant et une absence de plaisir à pratiquer les soins. Le maternage devient une source d'angoisses plus ou moins conscientes qui peuvent entraîner de la maltraitance, voire des abus sexuels. Elle ressent des phobies d'impulsion (envie ou fantasme de laisser tomber l'enfant, de le jeter par la fenêtre ou de le balancer contre le mur, peur d'empoisonner le biberon), elle est irritable par rapport au conjoint ou aux autres enfants.

L'enfant la dégoûte ou lui fait peur. Souvent, il devient persécuteur : « Pourquoi me regarde-t-il comme ça ? », « Ses cris me percent les oreilles », « Qu'est-ce qu'il veut ? », « Quand va-t-il parler ? ». Comme me disait une mère en fin de traitement : « J'avais peur *de* mon enfant, en fait je m'aperçois que j'avais peur *pour* mon enfant. »

L'isolement est considéré comme un facteur de risque très important, de même que les mauvaises relations de la mère avec sa propre mère.

Les idées suicidaires sont moins présentes que dans les dépressions courantes. Le sentiment de responsabilité à l'égard du bébé, bien que souvent intolérable, au cœur de la dépression, reste généralement présent.

Voilà ce que décrivent les psychiatres. À l'Unité d'accueil mères-enfants où nous recevons, en hospitalisation de jour, des mères avec leur bébé, qui nous sont adressées pour une pathologie de la relation précoce mère-enfant, nous connaissons bien ce tableau.

Mais il ne suffit pas de le décrire. Encore faut-il, pour aider ces mères et, par « ricochet », leur enfant, entrer dans une compréhension plus fine de ce processus.

Dans la relation précoce d'une mère à son bébé, les choses se jouent à plusieurs niveaux :

– un niveau fantasmatique où la mère, les parents – car là, le processus est certainement analogue pour le père et pour la mère –, à la faveur d'une nouvelle naissance, se resituent chacun dans leur lignée, et rejouent ou remanient leur propre histoire œdipienne et leurs différentes identifications. Cela induira la place de l'enfant dans le fantasme maternel et dans

le discours familial, comme Maud Mannoni l'a bien montré. Ce niveau-là se manifeste essentiellement lors des entretiens d'ordre psychanalytique avec les parents, où ils seront amenés à évoquer leur propre histoire. Chaque femme qui fréquente l'UAME bénéficie d'entretiens réguliers avec un des psychanalystes de l'équipe, entretiens où ces problèmes peuvent se travailler. Les pères, s'ils le souhaitent, peuvent aussi rencontrer un psychanalyste.

– un niveau plus directement appréhendable, celui des interrelations précoces, dont d'ailleurs les psychiatres et certains analystes ont fait leur terrain d'élection, puisque ce sont des comportements qui se voient et qu'à l'instar des comportements animaux, on peut observer et même filmer. C'est le domaine des soins maternels, qui met en jeu le corps, corps de la mère, corps de l'enfant, et qui sera pour nous électivement pris en compte et travaillé dans l'espace de l'accueil.

Nous nous efforçons, dans notre travail, de toujours tenir conjoints ces deux fils, comme je m'efforcerai de le faire ici.

Sans développer tout ce qui fait la complexité de l'établissement des liens entre la mère et l'enfant, je voudrais souligner que pour qu'une mère puisse accueillir son enfant nouveau-né, il faut qu'elle puisse décentrer son narcissisme propre sur l'enfant, c'est-à-dire déplacer les investissements qu'elle avait sur elle-même et sur le bébé fantasmatique – qui est toujours une partie d'elle-même, de ses propres représentations psychiques, de sa rêverie intime – sur ce bébé en chair et en os qui tout à coup est là, brillant et gigotant.

Cette opération de décentrement narcissique est d'autant plus acrobatique qu'en s'identifiant au bébé la mère est fantas-

matiquement à la fois la puissance secourable (Freud) ou tutélaire (Dolto) et le bébé en état de détresse, de besoin d'aide. Cette détresse « normale », que toutes les mères traversent peu ou prou, était socialement prise en compte et reconnue dans la plupart des sociétés traditionnelles où la mère devait rester couchée après l'accouchement, ne pas sortir, où elle était rituellement entourée, choyée, secondée, etc. Aujourd'hui, cet entourage traditionnel n'existe plus guère. La mère doit le plus souvent faire face toute seule à cette détresse qu'elle ne comprend pas et qui n'est pas reconnue socialement (elle doit être une mère parfaite, ne pas perdre contact avec ses amis, son travail, retrouver sa ligne en un rien de temps pour rester séduisante, etc.).

Si le narcissisme de la mère est trop fragile – ou parfois trop puissant, pas assez fluide, pourrait-on dire – pour s'investir sur cet autre que constitue pour elle le bébé, elle se sentira en danger. Ainsi Frédérique, une jeune femme artiste peintre, consulte pour une dépression prononcée qui a commencé à la naissance de sa première fille, qui a maintenant 4 ans. Elle a eu ensuite un petit garçon, qui a 2 ans. « J'avais envie d'avoir des enfants, me dit-elle, ça me semblait normal, je n'imaginai pas ma vie sans enfants. Mais je ne savais pas que cela demandait de tels renoncements. Non pas que je menais une vie débridée, mais je n'avais pas de telles contraintes d'horaires, je savais que je pouvais faire ce que je voulais... si jamais je le voulais. » Le renoncement, qui est comme un *leitmotiv* chez ces mères déprimées, est ici pour elle l'entame faite à sa liberté potentielle, la marque de la dépendance, en fait, dépendance des enfants à son égard, mais du même coup, d'elle à l'égard de ses enfants. « Et puis, j'ai beau-

coup grossi avec cette première grossesse, je n'ai jamais reperdu tous les kilos que j'avais pris, je ne retrouve plus mon corps d'avant. » Elle a honte de son corps, elle qui avait coutume de poser dans des ateliers d'artistes. C'est ici l'image narcissique d'elle-même qu'elle n'arrive plus à retrouver et dont elle a une véritable nostalgie. D'ailleurs, depuis la naissance de ses enfants, elle a perdu tout désir sexuel, alors qu'elle n'avait jamais eu auparavant de problèmes sur ce plan.

Ainsi le motif de la dépression du post-partum – à différencier du *baby blues*, qui serait plutôt à référer à la séparation et à la perte de l'objet interne – semble être un renoncement trop fort exigé à une femme au narcissisme à la fois exacerbé et fragile, pas suffisamment étayée par son entourage (la mère, le conjoint). Si les cercles concentriques de l'entourage, de la famille, du tissu social, de la culture ne viennent pas la contenir et la conforter dans une position qui lui permettra de se « dévouer » à son enfant, elle risque de ne pas pouvoir négocier ce passage et de s'effondrer en une grave dépression. Elle ne peut faire de place à l'enfant dans son économie psychique ; en quelque sorte, de ce bébé, elle ne sait pas quoi en faire.

Ces femmes réagissent par un repli sur elles-mêmes, dans un moment où la présence de l'enfant, avec ses besoins manifestes, ses demandes muettes, leur intime de faire. « Je ne sais pas y faire », se plaignent-elles répétitivement. Faire signifie être active, laisser se déployer ses pulsions actives, pour reprendre un terme de Dolto, ou phalliques, en termes freudiens. Freud dit de la mère qu'elle « est, dans tous les sens du terme, active face à l'enfant ; même de l'allaitement, vous pouvez aussi bien dire : elle allaite l'enfant que : elle se laisse téter

par l'enfant ». Winnicott avait aussi souligné cela, en désignant par le *handling* cet aspect des soins maternels qui consiste à manipuler l'enfant. La mère fait, avec ses mains, ou doit faire ; l'enfant est *being done to*, comme dit encore une fois Winnicott. « On lui fait », en français.

C'est, à mon sens, un des facteurs de la maltraitance et des abus sexuels (maternels) à enfant : de « un enfant, il faut tout lui faire », on glisse aisément à « un enfant, on *peut* tout lui faire ». La connotation sexuelle de ce « on lui fait » est aussi nettement perceptible.

Lorsque l'enfant est investi narcissiquement, phalliquement par la mère, lorsqu'il est mis en place d'être « *His Majesty the baby* », il y a un gain de plaisir pour la mère (et pour l'enfant) dans l'effectuation de ce circuit. Ça lui fait plaisir, elle est fière, que l'enfant mange bien, qu'il ait une belle selle, etc. Mais si la mère n'a pu investir son narcissisme propre dans l'enfant, elle ressent les demandes de celui-ci comme un parasitage vampirique, voire comme un danger ; en tout cas comme un empiètement sur son propre espace psychique. « Il me pompe », « il me bouffe », « il me vide », disent toutes les mères. Mais certaines, incapables d'investir leur énergie, leur force vitale, dans la nécessité d'entretenir la vie et le développement de l'enfant, le prennent parfois au pied de la lettre. Transférer leur narcissisme propre sur l'enfant les met en risque de ce que j'ai appelé une « hémorragie narcissique ² ». La fatigue, l'hypersomnie viennent

2. Cf. « Le risque d'hémorragie narcissique chez la mère et ses effets sur l'enfant », dans *Narcissisme de la mère, narcissisme de l'enfant*, Saint-Denis, Éd. Santé mentale et culture, 1998, p. 65-81.

signer là une volonté de repli sur soi, une tentative de trouver une homéostasie narcissique, de « recharger les batteries ».

Or avec un enfant vagissant, brailant et remuant, qui pré-sentifie pour la mère « la gueule ouverte de la vie ³ », il est impossible de ne pas bouger. C'est là le conflit majeur dans lequel sont prises ces femmes. Elles sont traversées par un projet qui les dépasse – comme Frédérique qui disait : « Je n'imaginai pas ne pas avoir d'enfants », et non pas : « Je voulais un enfant » –, dans lequel on ne peut pas ne pas reconnaître ce que Freud appelait le « projet de l'espèce », le projet de perpétuer l'espèce. « L'individu mène une double existence : en tant qu'il est à lui-même sa propre fin et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté ou du moins sans l'intervention de celle-ci ⁴. » Mais, en fonction de leur propre histoire, elles ne peuvent reprendre ce projet à leur compte, le subjectiver. Cet enfant, l'ont-elles vraiment voulu ? L'ont-elles voulu, lui, tel qu'il est ? Souvent, elles disent : « Je ne savais pas, je ne savais pas que ce serait comme ça, on aurait dû me le dire. » Parfois même, elles trouvent qu'on devrait donner des cours aux jeunes mères avant l'accouchement pour leur expliquer ce que c'est qu'un bébé. Au-delà du fait sociologique du manque de transmission d'une génération à l'autre, il me semble qu'elles expriment là un désarroi bien plus profond : « Est-ce vraiment ça que j'ai voulu ? Comment accepter de me sacrifier ainsi ? »

3. Cf. J. Lacan, Le séminaire, Livre VIII, *Le transfert*, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien », 1991, p. 239.

4. S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, PBP, 1976, p. 80.

On imagine bien que de telles attitudes maternelles ne sont pas sans retentissements sur l'enfant lui-même. Elles affectent principalement la constitution de son narcissisme à lui, c'est-à-dire sa capacité à s'aimer lui-même dans sa propre image reconnue dans le miroir comme unifiée, séparée de celle de sa mère et humanisée par le fait que celle-ci le nomme. C'est en effet le retour routinier et régulier de la mère au moment des soins qui donne à l'enfant le sentiment de cohésion, de continuité d'existence dans la sécurité (la vitalité, Dolto). C'est le plaisir que la mère prend elle-même à ce contact corporel avec son enfant qui éveille sa libido à lui. C'est l'approbation, l'encouragement ou la désapprobation qu'elle met, en fonction de sa propre éthique, à l'expression des pulsions de l'enfant (« beau, pas beau ») qui permet à ce dernier de les organiser et lui apporte un contenant. Peu à peu, il va s'aimer comme il a été aimé, reprenant ainsi à son compte le projet de vie que ses parents ont investi sur lui. S'il est capable de causer du plaisir chez sa mère, c'est qu'il a de la valeur. On comprend donc l'impact de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant, puisque la dépression consiste précisément en un empêchement à éprouver du plaisir.

C'est à travers les échanges pulsionnels que se transmet ce qui ne peut se dire de la mère à l'enfant et de l'enfant à la mère. On pourrait presque dire que le fantasme inconscient de la mère, ce qu'elle a dans la tête et dans le cœur, se transmet par la façon dont elle donne les soins à son enfant, par les mains, en quelque sorte. En tout cas, l'attitude maternelle à travers les soins modèle l'expression des pulsions de l'enfant et peut aller jusqu'à en invalider ou en pervertir certaines.