

Parler des bébés morts, pendant la grossesse ou tout juste nés, n'est pas un sujet facile à aborder. Alors que le bébé occupe une place centrale dans notre société, de façon paradoxale sa mort avant terme reste un sujet tabou. La mort prénatale a un impact sur toute la famille, les enfants aînés mais aussi les grands-parents et les enfants à venir. Il s'agit d'un deuil bien particulier, contraignant les couples, au-delà de leur douleur indicible, à entreprendre un voyage psychique effrayant et totalement inédit.

Pris dans leurs propres émotions, comment les professionnels peuvent-ils accompagner cet événement traumatique? Comment accueillir la perte d'un enfant qui n'a pas pu naître? Comment soutenir les parents?

Marie-José Soubieux est pédopsychiatre et psychanalyste. Elle exerce ses fonctions à l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris, au Centre de Guidance Infantile créé par le Pr Soulé et dans le Centre de Diagnostic prénatal et de Médecine fœtale de la maternité IPP-Necker. Elle est également psychanalyste d'adultes. Elle est l'auteur de plusieurs livres dans le domaine de la périnatalité dont *Le berceau vide*, Erès, 2008.

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



LE DEUIL PÉRINATAL

Marie-José Soubieux

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

Le deuil périnatal

Marie-José Soubieux

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Marie-José Soubieux est pédopsychiatre et psychanalyste. Elle exerce ses fonctions à l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris, au Centre de Guidance infantile créé par le Pr Soulé et dans le Centre de Diagnostic prénatal et de Médecine fœtale de la maternité IPP-Necker. Elle est également psychanalyste d'adultes. Elle est l'auteur de plusieurs livres dans le domaine de la périnatalité dont *Le berceau vide*, Erès, 2008.

Une bibliographie sur le thème du deuil périnatal est disponible sur www.yapaka.be

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livre est édité à 11.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be

Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Françoise Dubois, Nathalie Ferrard, Alain Grumiau, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Gérard Hansen, Perrine Humblet, Françoise Hoornaert, Isabelle Meerhaege, Patricia Piron, Philippe Renard, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier.

Coordination:

Vincent Magos assisté de Delphine Cordier, Sandrine Hennebert, Diane Huppert, Philippe Jadin, Didier Rigot, Claire-Anne Sevrin.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable: Frédéric Delcor – Ministère de la Communauté française – boulevard Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles. **Mars 2009**

Parler des bébés morts, pendant la grossesse ou tout juste nés, n'est pas un sujet facile. Alors que le bébé occupe une place centrale dans notre société, de façon paradoxale sa mort avant terme reste un sujet tabou. La confrontation impensable au double mystère de la vie et de la mort conduit souvent à transformer ce non-avènement en non-événement.

Et pourtant, des bébés meurent avant d'être nés. Et pourtant, des futures mères, des futurs pères pleurent avant d'être parents.

Plus de douze années passées à l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris dans un service de diagnostic prénatal (DPN) et de médecine fœtale m'ont fait prendre toute la mesure de ces drames. C'est là que j'ai rencontré des parents effondrés après la mort de leur bébé, qu'il s'agisse d'une mort fœtale in utero (MFIU)¹ ou d'une interruption médicale de grossesse (IMG)².

C'est là aussi où j'ai pu observer davantage l'impact de la mort prénatale sur toute la famille, les enfants aînés mais aussi les grands-parents et les enfants à venir.

Depuis plusieurs années déjà, dans mon cabinet de psychothérapeute d'adultes, j'avais pu observer les effets à long terme de ces morts de tout-petits sur la fratrie. Des hommes, des femmes à la recherche éperdue d'une existence dans le monde. Des hommes, des femmes se cherchant désespérément au sein de leur propre famille sans jamais trouver leur vraie place. Et cela, parce que cette place leur avait été ravie par un autre bébé, un bébé idéalisé porteur d'un destin rendu exceptionnel par la survenue de sa mort avant même sa naissance.

1 Mort spontanée du fœtus après 12 semaines d'aménorrhée.

2 Grossesse interrompue par décision médicale.

J'ai vite compris qu'il s'agissait là d'un deuil bien particulier, contraignant les couples, au-delà de leur douleur indicible, à entreprendre un voyage psychique effrayant et totalement inédit. Comment imaginer la mort à tout jamais de cet enfant tant attendu, rêvé depuis l'enfance et disparu sans avoir vécu? Comment renoncer à celui qui devait assurer l'immortalité et la continuité dans la chaîne des humains? Comment supporter qu'il se dérobe au moment même du surgissement de la vie, en plein «devenir parents», bousculant l'ordre des générations?

Deuil bien singulier aussi au regard des réactions des couples face à la perte de leur bébé. Cet enfant du dedans qui ne connaîtra pas le dehors n'est pas toujours considéré comme un bébé.

Au-delà des débats philosophiques et religieux, la question du statut de l'embryon et du fœtus est avant tout celle de la représentation qu'en ont les parents. Statut incertain, variable selon le projet porté par le couple, lui-même en lien avec l'histoire personnelle, la structure psychique de chacun et le vécu de la grossesse. Pour certains, il s'agit d'un bébé même à un terme très précoce de la grossesse, pour d'autres il restera toujours un fœtus. Parfois il est réduit à rien ou à un morceau de chair, parfois il peut devenir un monstre persécuteur. Les techniques nouvelles viennent encore compliquer ces situations en bousculant le rythme de la parentalisation. À 12 semaines d'aménorrhée (SA)³ on peut déjà voir sur l'image échographique une miniature du petit d'homme.

Il va de soi que le travail d'élaboration de la mort du fœtus doit prendre en compte tous ces éléments et qu'il ne sera pas le même pour tous.

3 L'habitude consiste à compter les semaines depuis les règles et à rajouter artificiellement quatorze jours à la date de début de grossesse pour parler de semaines d'aménorrhée.

Deuil bien singulier également au regard des réactions de l'entourage et de la société. La sollicitude et la compassion qui entourent habituellement les endeuillés sont les grandes absentes de cet événement. Trop souvent encore l'indifférence est de mise.

C'est précisément face à ce manque de reconnaissance que les mères doivent garder en elles secrètement la mémoire vivante de leur bébé mort.

C'est aussi sans doute ce manque de reconnaissance qui a conduit en France, le 6 février 2008, la Cour de cassation à prononcer un arrêt qui permet la déclaration à l'état civil d'un fœtus «né sans vie» quels que soient son poids et la durée de la grossesse⁴. Si cette nouvelle a semé le trouble dans la société, notamment dans les mouvements féministes inquiets d'une possible remise en cause du droit à l'avortement, elle a eu le mérite de souligner la nécessité d'un vrai débat autour de la question de la mort des fœtus et de la souffrance des parents.

Cependant, imposer la reconnaissance d'un enfant sans vie pourrait être d'une grande violence pour des couples qui ne l'ont pas encore investi comme tel. Faire comme si l'enfant n'avait pas existé, ne pas regarder cette mort en face, c'est peut-être leur seul moyen trouvé pour survivre à ce drame. Aussi est-il fondamental de considérer cette proposition avec une grande prudence.

C'est tout cela que les équipes confrontées à ces situations vont devoir appréhender. Soutenues par leur professionnalisme, elles ne pourront cependant pas faire l'économie de leurs émotions et des projections faites sur eux par les couples désespérés. Le chagrin règne, mais aussi la colère et l'hostilité. Comment accepter une décision d'IMG alors qu'on

4 Ce n'est pas le cas en Belgique où la législation prévoit un acte de déclaration d'enfant né sans vie (avec mention de prénom(s) dans le registre des décès de l'état civil si la grossesse a atteint au moins 180 jours; mais pas de mention dans le livret de famille).

La mort périnatale

s'apprête à donner la vie? Mais aussi comment y répondre sans se laisser détruire? Comment permettre aux couples de retrouver leur capacité de penser voire leur créativité psychique?

Comment rester soi-même vivant en restant au plus près des parents en souffrance, au plus juste de leur tempo psychique?

Dans ce livre, il sera davantage question des morts fœtales *in utero* (MFIU) et des interruptions médicales de grossesse (IMG) décidées en raison de graves malformations. Mais le deuil périnatal concerne bien d'autres situations: les réductions embryonnaires⁵, les fausses couches spontanées (FCS)⁶, l'interruption volontaire de grossesse (IVG)⁷, mais aussi la stérilité.

La mortalité périnatale concerne les fœtus et les bébés décédés entre 22 semaines d'aménorrhée et 27 jours révolus.

En fait on distingue:

- la mortalité néonatale: enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus (2,7 pour mille naissances)⁸;
- la mortinatalité: fœtus morts après la 22^{ème} semaine d'aménorrhée (8,2 pour mille naissances);
- la mortalité périnatale: morts-nés et enfants qui décèdent entre zéro et 7 jours (10 pour mille naissances).

Le moment où tout bascule

Les rêves s'évanouissent brutalement. L'abîme, l'incompréhension, l'indicible envahissent toute la scène psychique. Plus rien ne sera comme avant.

Comment parler de ce moment, de cet instant où la fragilité de l'être et l'éphémère de la vie se révèlent avec une telle violence?

«Il y a un problème, le cœur de votre bébé ne bat plus». À ces mots, la maman de celui quelle nommera Ange a l'impression que c'est son propre cœur qui s'est arrêté. Elle sait déjà qu'il ne battra plus avec cette allégresse qui l'habitait depuis plusieurs mois. Elle sait déjà qu'elle ne sait plus rien, ni le temps ni la couleur des saisons. Le monde s'est

5 Interruption sélective de grossesse consistant à supprimer *in utero* un ou deux embryons d'une grossesse multiple, qu'il(s) présente(nt) ou non des anomalies

6 Grossesse interrompue spontanément, le plus souvent dans les premières semaines. Cela concerne environ 15 à 20% des grossesses.

7 Grossesse interrompue à la demande de la femme avant 14 semaines d'aménorrhée (loi de 1975 et 2001)

8 Chiffres français transmis par l'OCDE et l'INSEE, selon un rapport de la Cour des Comptes. En France, en 2004, on dénombrait 764 700 naissances.

accélééré en même temps qu'il s'est figé. Elle se sent paralysée, incapable du moindre geste, du moindre mot. Dévitalisée, oui c'est bien cela. Etre là sans se sentir vivre, sans pouvoir penser, sans même savoir si elle existe encore. Confusion et apparente indifférence l'envahissent alternativement.

Ailleurs, la maman de Théo fait des cauchemars éveillés. Et toujours les mêmes mots qui résonnent dans sa tête: «graves malformations, interruption médicale de grossesse». Elle voudrait que cela s'arrête, que la vie soit douce et prometteuse comme avant. Seulement, quelques instants, se retrouver soi.

Le moment de l'annonce, où la vie bascule en une fraction de seconde, où les repères vacillent à toute allure, où le vécu terrifiant va bien au-delà de l'imaginaire, inaugure le travail de la perte. L'annonce, c'est toujours l'annonce de la mort ou celle d'une grave pathologie qui va y conduire inéluctablement. Les futurs parents ne sont pas préparés à vivre un tel drame. Ils étaient venus pour savoir si tout allait bien et pour connaître le sexe de leur bébé.

C'est bien à ce moment là, extrêmement sensible, que plusieurs voies d'élaboration psychique de ce traumatisme et de cette perte sont possibles. C'est bien à ce moment là que tout le soutien des équipes est indispensable. Les termes choisis, la façon d'être, l'attention portée au vécu des parents participent à cette toile de fond qui peut leur permettre de réagir avec leurs propres ressources internes.

Prendre une décision

Lorsque le couple doit décider de l'arrêt de la grossesse, c'est toujours une épreuve terrible. Décider de la mort de leur futur bébé est un choix cruel et culpabilisant, débordant le rôle habituel des parents. Il les confronte à une toute-puissance vertigineuse

voire divine. Même si l'indication est posée par les médecins, ils sont les seuls à prendre la décision définitive. Leur responsabilité est d'autant plus grande que les impératifs religieux et le poids du jugement des grands-parents interviennent moins que dans le passé. Même s'ils veulent être reconnus comme parents et ne pas être dépossédés de leur rôle, beaucoup souhaiteraient que le bébé meure dans le ventre sans aucune intervention ou que l'on décide pour eux. Certains vont s'appuyer sur les représentants de leur religion⁹.

L'équipe médicale n'est pas toujours du même avis que les parents. Certains demandent une interruption pour une pathologie qui ne met pas en cause le pronostic vital mais qui constitue une blessure narcissique et une atteinte de la lignée familiale insurmontables pour eux (certaines agénésies des membres supérieurs, certaines anomalies faciales...). D'autres la demanderont par crainte de revivre avec leur enfant la longue maladie et la mort d'un frère ou d'une sœur lorsqu'ils étaient enfant eux-mêmes. La détresse et l'incapacité totale de se projeter dans l'avenir avec un enfant malformé peut les rendre agressifs et engendrer des conflits avec l'équipe mais également au sein de l'équipe elle-même. Ces conflits sont aggravés lorsque l'évolution de la pathologie est mal connue ou incertaine. Les dialogues sur les forums et les informations recueillies sur Internet compliquent souvent la situation même s'ils peuvent apporter du réconfort.

Face à cette décision, certains parents font le choix de poursuivre la grossesse et d'accompagner leur bébé jusqu'à sa mort. Ces choix peuvent reposer sur des principes religieux mais aussi sur des conceptions personnelles ou philosophiques de la vie et de la mort. Ils permettent souvent d'alléger la culpabilité toujours présente dans ces situations.

9 P. ATLAN. «Une consultation éthico-religieuse» in R. FRYDMAN, *Dieu, la médecine et l'embryon*, Paris, Odile Jacob, 2003.

Il est indispensable d'offrir aux couples, quelle que soit la décision prise, un temps de réflexion, un temps accompagné d'une présence étayante et éclairée au plus près d'eux-mêmes. Seule la pluridisciplinarité des équipes peut assurer cet accompagnement. Les parents auront toute une vie à construire ensuite, avec les enfants déjà là et ceux à naître. Pour les équipes, même très impliquées, cet événement reste ponctuel; pour les couples le reste de leur vie en portera la trace.

Le temps de l'attente

Le temps d'attente qui succède à l'annonce et parfois à la décision d'IMG est fondamental.

C'est un temps difficile à vivre qui semble inutile et insupportable pour les futurs parents. Ils voudraient se débarrasser au plus vite de cette proximité avec la mort. Ils ne parlent plus du bébé, les femmes ne touchent plus leur ventre et leurs compagnons ne s'en approchent plus. Parfois même elles ne le sentent plus bouger. Regarder les images échographiques de contrôle est un véritable supplice. La crainte d'avoir enfanté un monstre vient réveiller des peurs archaïques et des conflits infantiles.

Dans ce chaos, dans cette douleur intolérable, les mouvements psychiques habituels de la grossesse s'amplifient. L'ambivalence est débordée par des sentiments de colère voire de haine. Une véritable « violence fondamentale »¹⁰ peut jaillir et entraîner des vœux de mort contre ce fœtus malformé qui se dérobe et les empêche de prendre une place de parents dans la famille et dans la société.

Le fœtus devient parfois un « fœtus tumoral » selon les catégories de Boltanski¹¹, c'est-à-dire assimilable

à une tumeur qu'il faut extraire et qui ne s'intègre pas au projet parental. Pour supporter la décision d'IMG, des couples considèrent leur fœtus comme un kyste, une pièce anatomique qu'il faut enlever. Pendant ce temps les hommes peuvent se mettre en retrait car ils se sentent impuissants à aider leur compagne. Ils ont peur pour elle. Les couples ont un sentiment de trahison à l'égard du fœtus. Ces sentiments violents à l'égard du fœtus peuvent se déplacer sur l'équipe ou sur les proches. Parfois ils seront tus et refoulés par la suite, bloquant ainsi toute élaboration psychique.

Aussi ce temps d'attente est-il indispensable pour les couples. Il va leur permettre de vivre les derniers moments avec leur bébé et aussi de trouver, l'un et l'autre, les pensées et les attitudes le plus en accord possible avec eux-mêmes. En effet, cet acte aura souvent un retentissement tout au long de la vie de la famille, que ce soit sur le couple, les aînés ou les enfants à venir. Peut-être pourront-ils mieux comprendre ce que représentait ce futur bébé pour eux ?

Le soutien et l'accompagnement des équipes vont aider les parents à réfléchir à la manière d'accompagner leur bébé et à se séparer de lui. Certains services offrent la possibilité de rencontrer une sage-femme avant l'IMG lorsque celle-ci a été décidée. Elle leur explique le déroulement de l'hospitalisation, de l'intervention et de ses suites. Elle aborde la mort du fœtus avec la possibilité de voir le corps, d'avoir des photos, de laisser des objets, d'organiser des obsèques mais aussi les rites religieux, le devenir du corps, l'autopsie, la déclaration possible ou non à l'état civil avec inscription ou non sur le livret de famille, le droit ou non à un congé de maternité ou à des prestations.¹²

10 J. BERGERET. *La violence fondamentale*, Paris, Dunod, 1984.

11 L. BOLTANSKI. *La condition fœtale*, Paris, Gallimard, 2004

12 La législation belge prévoit, pour l'enfant né sans vie après 180 jours de grossesse, une déclaration à l'état civil dans le registre des décès avec mention éventuelle du ou des prénom(s) (déclaration d'enfant né sans vie); le congé de maternité et le congé de paternité sont accordés ainsi que les allocations de naissance.

L'abord de ces éléments de réalité, parfois vécu comme intrusif et violent, permet aussi aux couples de retrouver leur capacité de penser. Les entretiens psychothérapeutiques vont les aider à continuer à cheminer et à déployer parfois une créativité psychique insoupçonnée.

L'IMG

L'interruption médicale de grossesse fait partie des possibilités offertes aux parents dont le bébé est porteur d'une grave pathologie. En dépit des soulagements qu'elle peut apporter, elle n'est pas sans conséquence sur le plan psychologique tant pour les futurs parents que pour l'ensemble de la famille et les équipes qui s'en occupent.

En France¹³, elle peut être pratiquée à tout moment de la grossesse, en cas de mise en péril grave de la santé physique ou mentale de la mère, ou de forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'un accouchement par voie basse, ce qui terrorise souvent les femmes. Comment imaginer donner naissance à un enfant mort ? Elles ont peur de mourir en même temps que leur fœtus comme si c'était le châtement à payer pour avoir osé prendre la décision de sa mort. Elles voudraient être endormies, ne rien voir, ne rien sentir, ne pas être là. C'est tout à fait inconcevable pour elles de donner la mort par les mêmes chemins qui donnent la vie. Elles veulent protéger leur ventre et leur féminité. La vie, la mort, deux inconciliables qu'il va falloir réunir dans un même temps, dans un même lieu, dans un même psychisme. C'est avant

¹³ En Belgique, la loi du 3 avril 1990 régit l'interruption de grossesse modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du code pénal et abrogeant l'article 353 du même code.

tout la continuité et la présence permanente d'une sage-femme ou d'une infirmière référente qui va permettre ce travail d'appropriation et d'élaboration qui pourra être relayé par l'écoute psychanalytique. Petit à petit, l'idée de l'accouchement chemine avec parfois l'émergence de la représentation du bébé. Ultérieurement des femmes revendiquent cet accouchement qui fait partie du processus de maternité. Elles décrivent avec une précision extrême leurs sensations corporelles, notamment le passage du bébé dans leur chair. Elles se sont senties devenues mères et sont un peu restaurées dans leur féminité.

Lorsque les parents décident de continuer la grossesse

De plus en plus fréquemment des parents demandent à continuer la grossesse tout en sachant que leur bébé mourra à la naissance. Comme dit précédemment, ces choix ne sont pas toujours guidés par des convictions religieuses. La manière d'appréhender la vie et la mort mais aussi l'histoire personnelle entrent pour une grande part dans cette décision. Les équipes ne comprennent pas toujours ces choix : « Pourquoi maintenir en vie un bébé condamné à mourir dans un avenir proche ou qui risque d'avoir un handicap gravissime ? »

La transmission des informations et la circulation de la parole au sein de l'équipe sont fondamentales. Les discussions du staff pluridisciplinaire sont parfois houleuses car tout le monde n'est pas toujours du même avis. Ce temps et cet espace de parole sont nécessaires car ils permettent de trouver des positions plus harmonieuses et évitent de culpabiliser les couples déjà en grande souffrance.

Une mère me racontait qu'elle s'était sentie très mal quand son médecin lui avait dit en regardant son ventre d'un air étonné : « Je suis au courant pour votre problème, votre gynéco m'a appelé... Ah, mais vous

n'avez pas interrompu!». Elle a eu l'impression d'avoir commis une faute d'autant plus qu'une amie lui avait demandé si elle ne faisait pas souffrir son bébé en le gardant dans son ventre alors qu'il était malade.

Je rencontre des parents qui viennent d'apprendre que leur futur bébé est porteur d'une pathologie létale. Une IMG leur est alors proposée. La future mère veut poursuivre la grossesse tandis que son mari souhaite l'arrêter. C'est un moment difficile dans le couple. Le père explique qu'il a eu un petit frère mort à un an, après de nombreuses interventions chirurgicales. Sa mère ne s'en est jamais remise: «Tout cela n'a servi à rien, la vie de mon bébé n'a été qu'un long calvaire» répétait-elle inlassablement. L'annonce de la pathologie du futur bébé réactive tous ces vécus douloureux. Le père évoque son enfance avec une mère triste, dépressive: «Mes parents étaient malheureux et je ne veux pas reproduire cela». De son côté, la future mère explique qu'elle a été séparée de sa mère à sa naissance. Elle n'était pas attendue et sa mère a fait une forte dépression qui a nécessité une hospitalisation. Elle ne peut envisager de se séparer de son bébé de cette façon. Elle ne veut pas répéter le rejet dont elle a été l'objet les premiers moments de sa vie, même si les relations avec sa mère se sont considérablement améliorées par la suite. Elle veut protéger son enfant: «Il est bien dans mon ventre, il ne souffre pas, il souffrira si on fait une IMG.» Elle ne veut pas que sa chair devienne le lieu de la mort: «À la naissance si l'enfant meurt, il ne sera plus dans mon ventre.» Elle est catholique mais ce n'est pas sa religion qui l'a conduite à ce choix. Elle sent bien que sa décision s'enracine dans une histoire ancienne personnelle. Progressivement son mari va douter de sa position initiale. Il se rend compte alors que la façon dont les parents peuvent appréhender de tels événements influe considérablement sur la fratrie et sur la vie. Il repense à l'histoire de son petit frère avec un autre regard. Le passé se déconstruit, des interstices se creusent, laissant le champ ouvert à de nouvelles possibilités

d'élaboration. Sera-t-il possible pour lui à travers cette répétition d'élaborer la mort de son jeune frère et tout le désastre qui en a suivi? La femme et son mari vont se rapprocher l'un de l'autre tout au long de la grossesse en attendant ce bébé. Un jour la maman arrive en me disant: «Nous avons réfléchi à ce que nous aurions aimé faire avec notre bébé, alors nous allons faire un voyage, nous allons lui faire découvrir des endroits que nous aimons, nous voulons avoir des souvenirs avec lui.»

Le père va choisir un prénom pour le bébé. Il touche le ventre de sa femme: «C'est important qu'il puisse faire connaissance avec son bébé» dit la maman. À la clinique où elle doit accoucher, elle a demandé si elle pouvait présenter le bébé à leur famille. L'accouchement va se dérouler calmement. Le bébé décédera une heure après sa naissance, ses parents auront le temps de le voir. Je continuerai à voir la maman régulièrement après l'accouchement. Elle est sereine même si elle se sent triste et ressent un grand manque de son enfant.

Mettre au monde un enfant mort

L'angoisse et l'effroi habitent les futures mères avant l'accouchement. Comment imaginer donner naissance à un bébé mort? Peut-être est-ce la première fois qu'elles accouchent? Peut-être n'ont-elles jamais vu de mort dans leur vie? L'accouchement est lié à l'acte de donner la vie et non la mort. Ce sont des représentations incompatibles et inconciliables. Pourtant, l'accouchement fait partie du processus de maternité et certaines femmes le revendiquent ensuite. Elles ont porté un bébé, elles l'ont rêvé. Elles sont devenues mères. C'est aussi un moment important inscrit dans la chair et dans le psychisme. Le moment de l'expulsion peut être très douloureux: «C'était insupportable ce moment où mon bébé s'échappait de moi, tentant de se frayer un chemin vers sa tombe.»

La présentation du fœtus

Le moment de la présentation du fœtus mort à ses parents est également un temps fort et très délicat. Après de nombreuses années où on a escamoté la mort, la tendance serait peut-être maintenant de trop vouloir la montrer. Il n'est pas rare d'entendre: «Il faut que les parents voient leur bébé mort pour en faire le deuil.»

Nous pouvons déjà nous interroger sur cette expression trop galvaudée. Qu'est-ce que cela signifie vraiment «faire» son deuil et en l'occurrence quel sens cela a-t-il vraiment ici? De quel deuil s'agit-il? Imposer une pratique codifiée pourrait avoir des effets délétères pour le couple.

Parfois c'est un bébé avec une place déjà située dans la famille, d'autres fois c'est une entité plus abstraite que le couple évite de nommer. Là aussi les réactions peuvent évoluer. Après parfois un non catégorique justifié par l'effroi que la vision d'un bébé mort et malformé peut susciter, les positions se modifient, des aménagements de la pensée se font jour et l'impensable devient vivable voire évident. Encore une fois, le temps est un précieux allié car il permet de trouver pour l'un et l'autre, père et mère, l'attitude qui leur permet d'être le plus en accord avec eux selon leur propre histoire. Je me souviens d'un couple qui avait eu des réactions différentes: le père avait souhaité voir son bébé pour le connaître, la mère avait préféré qu'on le lui décrive, craignant d'en garder une image effrayante voire monstrueuse. Quand je les ai revus, la jeune femme regrettait de ne pas avoir vu son bébé et se sentait coupable. En même temps elle décrivait avec beaucoup de précisions toutes les sensations corporelles de sa grossesse. Elle avait bien connu son bébé de l'intérieur alors que son compagnon était plus à distance. Ils ont alors réalisé que leurs images sensorielles du dedans et du dehors se complétaient et cela les a apaisés.

Certains parents souhaitent voir l'anomalie si celle-ci est visible afin de s'assurer qu'ils n'ont pas accepté la décision d'IMG pour «rien». D'autres ont l'impression de se réconcilier avec eux-mêmes en voyant qu'ils ont fait un vrai bébé: «J'avais peur de voir un monstre, c'était une belle petite fille qui avait le même nez que son papa.»

Il n'y a pas d'attitude idéale à recommander si ce n'est celle de favoriser la pensée et la manière d'être en accord avec soi. L'essentiel est de respecter la temporalité de chacun, d'être là où les parents en sont dans leur souffrance, dans la représentation de cet enfant: déjà un bébé ou seulement un fœtus, ou un morceau de chair.

Parfois, quelques années plus tard, des parents demandent les photos qui ont été prises au moment de l'accouchement. C'est souvent pour eux l'occasion de pouvoir rencontrer des témoins de l'événement fraternellement tombé dans l'oubli au sein de l'entourage.

Ainsi faut-il être prudent dans la mise en place de rituels pour accompagner les parents après la mort de leur fœtus ou de leur jeune bébé. Ceux-ci peuvent avoir des impacts d'autant plus violents, étranges, inattendus qu'ils peuvent entrer en résonance avec une problématique ignorée de la personne elle-même et, par là, de l'équipe.

Des «conduites à tenir» toutes faites, exercées par des professionnels non avertis et légitimement débordés devant des parents traumatisés, pourraient avoir des conséquences néfastes sur ces derniers et sur les futurs enfants.

Père et mère sans bébé

L'accouchement peut apporter un soulagement transitoire. La femme n'a plus à porter dans son

corps cet enfant dont la condamnation l'a interrompue dans sa rêverie et plongée dans un abîme de douleur, d'incompréhension et de colère.

Mais très vite le vide s'installe, le ventre est flasque et vide, le berceau aussi. Un vide qui prend la place de l'absent. Pas de mot pour qualifier cette douleur du vide, cette douleur de la chair meurtrie. Vide de statut également: hier, futurs parents et aujourd'hui? Qui va leur reconnaître leur titre de parents à ces pères et mères sans bébé? Sûrement pas l'entourage, qui tend à balayer la mort de l'enfant par des formules toutes faites: «Vous êtes jeunes, vous en referez d'autres et c'est mieux que vous l'avez su avant!»

La mort du fœtus réalise une véritable fracture psychique dans le processus de parentalisation. Ils ne seront pas parents de cet enfant là. Une relation fantasmatique intense s'était déjà engagée avec lui, même s'ils n'en avaient pas encore de représentation précise. Comment renoncer à l'attente de cet enfant, à ces rêves et à ces projets? Comment en parler? Il n'y a pas de mot dans notre langue pour désigner les parents endeuillés d'un fœtus mort.

Et ce grand chamboulement de la grossesse, que devient-il? Cette interruption brutale n'a pas arrêté tous les bouleversements en cours. Les mouvements psychiques en lien avec les remaniements identitaires, l'ambivalence, l'économie libidinale, les identifications aux parents ne vont pas trouver de lieu où se résoudre. Quel en sera le destin?

La femme, flouée dans ses espérances, stoppée dans son accès à la maternité sent s'évanouir des rêves et une croyance en la vie. Elle peut éprouver un sentiment de dévalorisation, une blessure narcissique intense en lien avec la perte d'un idéal de femme et de future mère, envieée et admirée par l'extérieur. Ces sentiments peuvent être renforcés par l'attitude de l'entourage. Comme dans un système

inversé de poupées gigognes, l'entourage, qui soutenait la future mère d'un bébé bien portant, la lâche quand celle-ci perd son bébé, renforçant l'idée que c'est elle qui l'a lâché.

La colère

La rage, la colère à l'égard du monde et plus particulièrement des femmes enceintes et des bébés peut être exacerbée par l'indifférence et l'incompréhension de l'entourage qui gomme trop vite l'événement et ne reconnaît pas suffisamment la douleur des parents. Une femme me racontait qu'à son travail on lui a asséné un «bon maintenant ça va, c'est fini avec ton truc, faudrait passer à autre chose». Les hommes ne sont pas épargnés par cette indifférence; personne ne leur demande comment ils vont et ils doivent reprendre leur travail comme si rien ne s'était passé.

Mais cette colère peut s'adresser au fœtus lui-même qui a manqué à ses «devoirs» envers la lignée familiale, en les quittant brutalement et en les privant aussi d'être parents. Colère également lorsque les parents ont dû prendre une décision d'IMG.

La culpabilité et le sentiment d'échec

«C'est moi qui l'ai tué, je savais qu'en prenant les comprimés, je l'emmenais vers la mort» dit une femme. Cette culpabilité peut être en lien direct avec l'IMG mais souvent il s'agit d'une faute imaginaire qui aurait été à l'origine de la pathologie du fœtus: «Au début je n'en voulais pas, il a dû le ressentir». Plus ancrée dans la culture judéo-chrétienne, l'anomalie peut renvoyer à l'idée d'un péché. Parfois elle est reliée de façon consciente à une interruption de grossesse (IVG) ancienne. Les couples craignent d'être jugés. Comment raconter ce qui s'est passé, leur décision, l'IMG, sans se sentir coupable? «Au travail, tout le monde m'évite, comme si j'étais une pestiférée ou une criminelle.» Si la culpabilité semble plus criante lorsque les parents doivent prendre une décision d'IMG, néanmoins elle est toujours

présente. Les femmes ont toujours des reproches à se faire : elles ne se sont pas alarmées suffisamment tôt quand elles n'ont plus senti le bébé bouger, elles ont trop travaillé, elles n'auraient pas dû déménager ou aller au mariage de leur frère, elles n'ont pas été assez attentives...

De toute façon, les femmes se sont senties impuissantes à empêcher la mort de leur enfant et de ce fait se considèrent comme responsables. Cette culpabilité empêche tout plaisir, toute source de joie : « Comment pourrais-je oser m'acheter une belle robe alors que mon bébé est tout seul dans le froid ? » Elles ont souvent un sentiment de trahison à l'égard de leur bébé mort : « À chaque fois que quelque chose me fait plaisir, même une toute petite chose, j'ai vraiment l'impression de le trahir. » La culpabilité est aussi un moyen pour refuser la réalité de cette mort et arriver progressivement à l'accepter. À certains moments, dans certaines circonstances, elle représente un processus dynamique qui permet de rester vivant. Il est important de chercher à la comprendre et de l'alléger mais il est essentiel de respecter les défenses des parents.

Dans certaines cultures ou à d'autres époques, la culpabilité était portée par la collectivité qui traitait ces problèmes par des rituels socialisés. Dans nos sociétés actuelles, les couples se retrouvent souvent seuls face à des problématiques éthico-philosophiques qui dépassent largement les capacités psychiques de l'individu.

À ce sentiment de culpabilité se mêle un sentiment d'échec et de honte : « Pour moi, c'est un échec, je n'ai pas réussi à avoir un bébé qui va bien, je ne suis pas une femme, j'ai honte et je n'ose plus sortir de chez moi ». Cette honte traduit l'incapacité des couples à pouvoir s'acquitter de leur dette de vie¹⁴ à l'égard de leur lignée et de l'humanité.

14 M. BYDLOWSKI. *La dette de vie*, Paris, PUF, 1997.

La douleur

Et puis cette douleur qui est là tout le temps, dans tous les gestes de la vie. Cette douleur que rien n'apaise, ni les autres, ni le temps. Cette douleur qui rend présent l'absent, qui maintient le lien au bébé : « Ma douleur, c'est mon cordon ombilical. » Cette douleur qui peut rendre fou mais qui protège aussi de la folie. Cette douleur qui déchire le corps et le dévitalise. Cette douleur qui ne se partage pas, que chacun, homme et femme, vit séparément, l'un dans sa tête, l'autre dans sa chair. Douleur qui marque le corps de la mère, devenu lieu de mémoire. Douleur de la solitude aussi car personne ne comprend vraiment cette douleur.

Mais la douleur reste un signe de vie.

Une mort dans un temps particulier, celui de la grossesse

La connaissance des mouvements psychiques liés à la grossesse éclaire l'éventail des réactions d'un couple face à la mort de leur bébé.

On sait bien que la grossesse n'est pas toujours aussi idyllique que ne le laisseraient croire les contes de fées ou les magazines. Si la joie est de mise, l'inquiétude, l'angoisse mais aussi la colère peuvent parfois venir la ternir. La reviviscence du passé, des toutes premières relations à la mère, les remaniements identitaires participent à la formation de ce tourbillon psychique qui surprend les jeunes mères. Le futur enfant est alors investi dans l'ambivalence. Les couples sont ravis d'attendre un bébé, de rivaliser avec leurs parents mais, en même temps ils ont peur de perdre leur statut de fille et de fils.

Toute l'économie psychique de la femme est modifiée, ouvrant sur un véritable espace de remaniement libidinal qui peut aller de l'investissement narcissique extrême (« je suis enceinte ») à l'émergence progressive de l'investissement objectal du fœtus (« je vais avoir un enfant »). Parfois l'enfant in utero est investi d'emblée comme un autre, parfois il ne le sera qu'en fin de grossesse, ou bien après. Parfois jamais. Cette question de l'objectalisation du fœtus¹⁵ est essentielle dans la problématique soulevée par l'IMG. Considérer le fœtus comme une personne, un rien ou un monstre n'est pas équivalent dans le travail psychique à accomplir par la suite.

L'échographie obstétricale révèle et amplifie tous ces aspects. Le sentiment d'intégrité, déjà fragilisé par l'état de grossesse, est alors menacé et peut laisser place à un vécu de morcellement voire d'inquiétante étrangeté d'autant plus que les frontières entre le dedans et le dehors du corps de la mère sont estompées. En effet, la mère voit sur l'écran l'intérieur de son corps tout en observant les contours arrondis de son ventre. Les limites entre l'imaginaire et le réel sont modifiées. Des femmes ne supportent pas la vision d'un petit être vivant dans leur chair. Le jaillissement de la vie à l'intérieur de leur corps peut être vécu comme une agression par un intrus qui les parasite et qu'elles ont envie d'évacuer. On voit combien l'incorporation d'une partie étrangère en soi peut subir de nombreux aléas. Ainsi, lorsqu'une femme est enceinte, sa chair n'est plus tout à fait sa chair. Elle doit accepter l'étranger en elle, le « hors-de-soi » en soi et se le réapproprier. Comment réagira-t-elle lorsqu'une malformation sera découverte, l'obligeant à laisser croître un fœtus malade dans sa chair ? Parfois elle demandera avec insistance une IMG, ne pouvant supporter cette « chose monstrueuse » abritée par son ventre. Quelles traces seront laissées par ces vécus sensoriels lorsque le bébé viendra à mourir ? N'est-ce pas aussi dans ce lieu que les femmes puisent ce qui peut rester de vivant après le passage de celui qui n'est plus ?

¹⁵ B. GOLSE « À propos des interruptions de grossesse, deuil (du fœtus) ou mélancolie », *le Carnet psy*, n° 73, 2002.

La mort d'un être singulier : le fœtus

Cet enfant du dedans qui ne connaîtra jamais le dehors, quel est-il ? Ces images bizarres, ces ondulations, ces mouvements sinueux, presque imperceptibles sont-ils ceux d'un monstre ou d'un petit d'homme ?

Souvenirs sans traces ou traces sans souvenirs, que va-t-il rester du passage de ce fœtus-bébé dans le ventre de sa mère et dans la tête de son père ?

Fœtus ou bébé, monstre ou ange, organe, abstraction, rien. Que représente ce fœtus pour chacun des futurs parents ?

Ces questions qui se posent pour les parents d'aujourd'hui rejoignent celles qui ont animé les hommes depuis le début des temps.

Traversant les âges de l'histoire, l'espace des cultures et des religions, le statut du fœtus demeure mal défini et variable. Les morts d'enfants et des tout-petits ont toujours été considérées comme spécifiques, revêtant même un caractère dangereux dans certaines sociétés traditionnelles.

Depuis la plus haute antiquité, avec notamment Hippocrate, Aristote et Galien, différentes théories se sont succédées pour expliquer la formation de l'embryon.

À travers ces recherches scientifiques, la question fondamentale du statut de l'embryon s'est posée en d'autres termes, notamment au Moyen Âge, période charnière pour la réflexion sur le fœtus et sur l'enfant. Le moment de la conception est alors devenu un enjeu théologique : on ne peut véritablement parler d'enfant que lorsque le fœtus est doté d'une âme.

À une époque où la mortalité périnatale est très élevée (un enfant sur quatre meurt avant la fin de sa première année) et où la christianisation de la société implique la nécessité absolue du baptême pour assurer le salut, c'est une souffrance immense et un grand souci pour les parents lorsque leur bébé meurt avant d'avoir été baptisé. Ainsi les Limbes ont été imaginés pour recevoir les petits morts non-baptisés. Plus tard, les Sanctuaires à répit, en « falsifiant » la mort, ont permis de les baptiser, ainsi ils pouvaient se rapprocher de Dieu.

En 1234, l'Église s'est appuyée sur la théorie aristotélicienne selon laquelle la forme humaine de l'embryon, signe d'une infusion de l'âme, se perçoit au bout de 40 jours pour le mâle et 90 jours pour la femelle. La Renaissance et le début du XVII^e siècle, avec les premières expérimentations scientifiques et la découverte de l'ovulation, vont remettre en question ces positions, notamment la théorie de l'animation médiate. L'Église catholique considère désormais qu'il y a simultanéité entre conception et animation, ce qui n'est pas sans conséquences sur la position de l'Église par rapport à l'avortement et l'IMG.

Actuellement de nombreux débats ont lieu sur la question du statut de l'embryon et la possibilité de son utilisation à des fins thérapeutiques et expérimentales. Les biotechnologies de ces dernières années, de plus en plus performantes, conduisent à poser en termes nouveaux des sujets anciens ayant trait à l'identité personnelle des individus, et plus précisément à la nature de l'espèce humaine. C'est ainsi que la question du moment de l'animation au Moyen Âge se voit reformulée par rapport à l'embryon : à partir de quand un embryon est-il une « personne humaine » ?

Le temps du deuil

Peut-on vraiment parler du deuil au sens habituel du terme lorsqu'il s'agit de la mort d'un fœtus ? De quel deuil s'agit-il lorsque l'enfant n'est pas encore né, qu'il meurt avant ses parents et que l'entourage considère cette mort comme un non-événement¹⁶ ?

Le chaos dans l'ordre naturel des choses, l'entrée fracassante de la mort au moment même du surgissement de la vie alors que les couples sont dans un devenir parents, c'est bien tout cela qui rend ce deuil si singulier, si difficile, voire « infaisable » pour reprendre l'expression de Freud. L'absence de traces, le peu de souvenirs, façonnés seulement à partir des rêves, des sensations corporelles et des images échographiques, ne permettent pas d'accomplir un travail de deuil au sens donné par Freud. En effet, selon lui, le deuil consiste en un travail de désinvestissement profondément douloureux qui nécessite la remémoration de souvenirs et d'espoirs. Il ne peut s'accomplir que si la personne endeuillée a dans son champ mental une représentation de l'objet perdu. Alors comment, pour les parents, faire le deuil de cet enfant qu'ils n'ont pas connu mais qui portait tous leurs rêves et qui devait assurer leur immortalité ?

L'incertitude et les variations du statut attribué au fœtus par le couple concourent également à donner à cette mort sa singularité. Selon le terme de la grossesse, l'histoire des parents, leurs objets internes et leur structure psychique, sa représentation ne sera pas la même. Il s'agit donc d'un deuil particulier mêlant les registres narcissique et objectal selon un gradient qui va du narcissisme extrême à l'émergence progressive du fœtus comme objet. Les parents

perdent une partie d'eux-mêmes et tout ce qu'ils avaient projeté dans la relation au bébé.

Le rôle de l'entourage qui transforme ce non-avènement en non-événement vient encore accentuer ces vécus particuliers.

La perte d'un jumeau

Devenue de plus en plus fréquente, la perte d'un jumeau au cours de la grossesse ou à la naissance est une situation où la singularité du deuil périnatal atteint son paroxysme. L'augmentation du recours aux techniques de procréation médicale assistée, qui conduit le plus souvent à des grossesses multiples, et l'accroissement de l'âge maternel en sont probablement les principales raisons.

C'est une situation particulièrement complexe car à la singularité de la perte périnatale s'associe celle de la gémeauté. L'effraction traumatique que constitue le fait de fabriquer la vie et la mort en même temps atteint ici les limites de l'extrême, les limites de l'inatteignable. Un enfant vivant, un enfant mort, tous deux abrités par le même ventre, la même chair. Une chair mêlée de vie et de mort. Un enfant qui grandit dans cette chair-là, un autre qui finit de mourir dans cette même chair. Comment penser son corps ? La mère peut-elle le ressentir encore comme sien ? Ce corps qui l'a trahie, ne va-t-elle pas le désinvestir ? Continuer à en prendre soin pour que l'enfant vivant s'y développe requiert des capacités « hors du commun ».

Comment les équipes peuvent-elles accompagner ces parents et être au plus près d'eux dans ce parcours effroyable ?

La grossesse gémeaire

Les grossesses multiples ont toujours fasciné la société quelles que soient les époques. Face à ces

¹⁶ Marie-José SOUBIEUX, *Le berceau vide, Deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Erès, coll. La vie de l'enfant, Toulouse, Janvier 2008.

conceptions surnuméraires, les sociétés ont produit des explications opposées: elles étaient vécues soit comme un symbole de multiplication de force et de vie, soit comme une menace contre la fécondité, une annonce de mort et de stérilité perturbant l'ordre social.

Aujourd'hui le côté merveilleux semble l'emporter sur le côté maléfique. Porter deux enfants renforce la toute-puissance de la femme devenant mère et son sentiment de plénitude. On parle parfois de «supermaternité».

Progressivement les femmes se font à l'idée de porter deux enfants, mais l'ambivalence peut cependant subsister. La mère pourra nourrir un sentiment de culpabilité si l'un des jumeaux décède. La prise de poids, la déformation du corps, les modifications physiologiques, les sensations d'inconfort sont majorés et peuvent contribuer à déstabiliser psychologiquement la femme et lui faire perdre ses repères identitaires.

Les complications gravidiques sont plus fréquentes: menace d'accouchement prématuré (MAP), diabète gestationnel, toxémie gravidique, retard de croissance intra-utérin (RCIU)... De ce fait, ce sont des grossesses plus médicalisées. Les femmes doivent s'arrêter de travailler plus précocement et diminuer très tôt leurs différentes activités. Elles savent bien qu'elles risquent d'accoucher prématurément, ce qui majore leur angoisse et leur sentiment d'une grande responsabilité. La crainte de perdre un enfant ou les deux est toujours présente, notamment lorsqu'il y a eu des traitements pour hypofertilité.

Les sensations corporelles sont inquiétantes: la future mère de jumeaux ne peut pas toujours distinguer les mouvements de chaque enfant qu'elle peut ressentir comme une masse informe, un amalgame indistinct, mystérieux et même persécuteur... Parfois les femmes se sentent exclues de la relation intime qu'elles imaginent entre eux.

En revanche, certaines femmes cherchent très précocement à distinguer les deux bébés, comme pour s'exercer déjà à les reconnaître. Parfois ces différenciations peuvent conduire à de véritables clivages. Ainsi l'un sera le gentil, l'autre le méchant, ou bien l'un sera chétif et l'autre fort. Tous les couples sont possibles et l'on retrouve bien les références à la mythologie gréco-romaine qui décline entre l'amour et la haine tous les modes de relations entre jumeaux: Apollon et Artémis, Castor et Pollux, Atmée et Tyeste, Romulus et Remus...

Parfois le plus grand est soupçonné de «manger la part» de son frère ou de sa sœur et de chercher à l'écraser. La mère peut projeter son enfant imaginaire sur l'un des bébés. Quel sera alors le vécu maternel si l'un d'eux décède?

La mort d'un jumeau

La mort peut se produire tout au long de la grossesse, soit spontanément et précocement, soit lors d'une réduction embryonnaire, d'une interruption sélective de grossesse ou d'une mort fœtale in utero pendant la grossesse ou à l'accouchement. Le vécu peut en être différent mais, de toute façon, il laisse toujours des traces qui peuvent avoir parfois des conséquences sur le jumeau survivant: «Il a éjecté son frère».

La coexistence de la vie et de la mort, déjà impensable lorsqu'un bébé décède au cours d'une grossesse unique ou à la naissance, prend ici un caractère encore plus réel. Il y a véritablement deux petits corps, un vivant et un mort qui sont indissociables, enchevêtrés, emmêlés, le mort reposant sur le vivant qu'il empêche de grandir, le vivant grandissant aux côtés du mort qu'il maintient présent.

Processus de vie et processus de mort se superposent dans le corps de la mère mais aussi dans son psychisme: «J'ai décidé de perdre la raison. Pour poursuivre la grossesse, garder les deux bébés, le

vivant et le mort, je me suis efforcée de penser que le bébé mort était vivant» raconte une mère. On voit bien comment les mécanismes de déni et de clivage sont particulièrement à l'œuvre pour maintenir la vie psychique. Souvent, pendant la grossesse, les femmes évoquent peu le fœtus mort, peut-être de crainte de «contaminer» le vivant ou de se contaminer elles-mêmes. Il en est de même de l'entourage, voire des professionnels qui escamotent donc cette mort. Ce clivage peut parfois inquiéter les équipes. En effet, de ce fait les femmes ne parlent que du jumeau vivant pendant la grossesse, faisant craindre parfois l'oubli du mort. Bien sûr il n'en n'est rien!

On peut s'interroger sur les représentations qu'ont les parents de leur fœtus mort. Sont-elles les mêmes que pour une grossesse unique? Il semblerait que la situation de gémellité renforce le statut d'humanité du jumeau décédé même s'il est parfois réduit à un saignement, notamment en début de grossesse.

La découverte de la mort de l'un des jumeaux peut réveiller des peurs ancestrales quant à la gémellité. Autrefois, selon Gélis, elle était souvent le signe d'une faute de la femme, qui se voyait punie par cette double grossesse. La mortalité maternelle et infantile élevée renforçait ces croyances. L'idée d'une menace virtuelle de l'un des enfants sur l'autre, de la représentation d'un danger, voire d'un châtement ou d'une malédiction peut envahir les parents: «Celui-ci est un rescapé, un diabolique qui a eu la peau de son frère.» La mère en veut aussi bien à l'un qu'à l'autre: l'un parce qu'il est le rescapé, ce qui le rend suspect, l'autre parce qu'il la rend malheureuse et l'empêche de vivre pleinement sa maternité avec l'autre bébé. Elle est en proie à une double culpabilité: celle de penser au mort vis-à-vis du vivant et celle de penser au vivant vis-à-vis du mort.

L'incompréhension de l'entourage, les réflexions impossibles à entendre («il vous en reste un») renforcent le sentiment de solitude chez les futures

mères qui se sentent parfois «lâchées» par leur conjoint: «Il faut se consacrer au vivant et y mettre tous nos efforts.» De ce fait elles ne parlent plus du bébé mort.

Et puis vient l'accouchement.

Une maman raconte: «À la naissance, la mort m'envahit à nouveau, le petit fœtus mort mais aussi tous les morts de ma famille. Soudain j'entends un cri, je suis très surprise, c'est presque surréaliste. J'en avais presque oublié que je donnais aussi naissance à un enfant vivant.» Étrangeté, perplexité, irréalité semblent l'habiter. Après le lui avoir laissé quelques instants, on emmène son bébé car il a une détresse respiratoire. Elle entend quelqu'un qui lui dit: «l'autre est en décomposition». Des images terribles l'assaillent. Elle se retrouve seule sans bébé, ni un vivant, ni un mort. Le temps est suspendu. Le temps s'étire interminablement. Dix jours vont s'écouler avant qu'elle ne retrouve son bébé à ses côtés. Elle se demande encore comment elle a pu survivre à tout cela; «sans doute parce qu'il y avait Tristan» se dit-elle maintenant.

À la naissance, les parents se trouvent confrontés à une double problématique: l'attachement à un bébé et le deuil de l'autre. Comment concilier deux inconciliables? Les parents sont pris dans un terrible conflit de loyauté. Comment penser à l'enfant vivant sans toujours penser au mort? Comment penser à l'enfant mort sans oublier le vivant? Deux bébés qui prennent des chemins opposés: le chemin de la vie et le chemin de la mort. Deux destins étroitement mêlés, deux destins éternellement liés.

Rester vivants, continuer à vivre et à penser, s'occuper de l'autre enfant et avoir de nouveaux projets relèvent véritablement de l'exploit pour ces parents. Comment s'autoriser à être heureux?

Pour ces femmes, pour ces hommes, ce n'est pas seulement le deuil d'un enfant qu'ils doivent faire

mais le deuil de jumeaux. «Il y a deux jours j'ai vu une maman à la boulangerie qui avait des jumeaux. Cela a été extrêmement douloureux. J'ai compris que ce rêve ne se réaliserait jamais. Maintenant j'ai l'impression que je ne vois que des jumeaux, c'est insupportable!» Une autre me racontait qu'elle avait été très heureuse d'attendre des jumeaux car elle avait toujours voulu faire ce cadeau à son père dont le jumeau était mort à 7 mois de grossesse. Depuis il le recherchait sans cesse. À la douleur de la perte s'associait sa déception de ne pas avoir pu combler le manque de son père et «réparer» sa souffrance. Parfois c'est un rêve de petite fille qui s'évanouit: «J'ai toujours recherché mon double depuis que je suis enfant pour me sentir moins seule». Avec la mort de l'un des jumeaux qu'elle attendait, ce double s'en est allé, la laissant seule, abandonnée, comme elle avait pu l'être autrefois.

Comme avec l'enfant qui naît après la mort d'un fœtus ou d'un jeune bébé, les destins des jumeaux, déjà fortement intriqués habituellement, sont ici liés à tout jamais. La présence du vivant permet d'initier le deuil du mort, deuil qui pourra s'élaborer progressivement, notamment à chaque date anniversaire ou moment clé du développement de l'enfant vivant. En effet, ces événements scandent le temps et permettent à chaque fois de repenser voire de reparler de l'enfant mort. La menace de l'oubli est impossible. L'image du disparu est «entretenu» par l'enfant vivant qui prête son visage à celui qui manque. Le vivant ne peut se construire que dans le rapport au mort.

Le jumeau survivant

Les parents s'interrogent souvent sur le vécu du jumeau survivant. C'est un véritable mystère pour eux. Les mères le regardent parfois avec inquiétude: «Il a déjà connu la mort, il en sera marqué pour toujours». Elles craignent que son jumeau lui manque toujours et qu'il souffre d'une solitude insurmontable: «Lui, qui était habitué à son frère

à côté de lui pendant la grossesse, ne va-t-il pas ressentir le manque maintenant qu'il ne sera plus à côté de lui?» Ce sont sans doute leurs propres sentiments qu'elles projettent sur leur bébé. Sans doute pour elles une manière de garder vivante la mémoire du jumeau mort.

Quelle place l'enfant mort va-t-il prendre auprès des parents dans la construction de l'enfant vivant? Quelle forme va prendre le double? Va-t-il se manifester tel un fantôme errant persécuteur, se rappelant sans cesse à son souvenir à chaque nouveau pas dans la vie ou bien veiller sur lui et devenir son ange gardien?

Le rôle des équipes est fondamental et commence déjà lorsque les deux fœtus sont vivants en soutenant et accompagnant les futurs parents, en apportant des aides concrètes qui peuvent servir de médiateur. Lorsque l'un des jumeaux décède, le travail des équipes est extrêmement délicat. Être à la bonne distance, ne pas juger les parents, respecter leur ambivalence, accepter que les femmes ne parlent pas du jumeau mort pendant la grossesse et supporter qu'elles ne parlent que de lui avec leur bébé vivant dans les bras, leur laisser le temps est essentiel dans ces situations impensables. Cela permet de lever les clivages. Une attention particulière doit être portée aux mots choisis lors de l'annonce de la pathologie ou de la mort de l'un des fœtus mais aussi au moment de l'accouchement lorsque le fœtus décédé est évoqué. Les professionnels doivent pouvoir trouver leur place dans l'accompagnement des parents et du jumeau vivant, sans pour autant faire l'impasse sur l'enfant décédé. Il va sans dire qu'un travail de prévention est indispensable également pour les grossesses suivantes.

Les différentes formes de travail de la perte

Survivre à l'événement est le temps premier de ce lourd traumatisme. Chacun va devoir inventer quelque chose à partir de lui-même, avec ses propres ressources internes et son histoire, pour redonner une forme vivable à la vie.

La place occupée par le fœtus mort dans le psychisme des parents ne sera pas la même pour tous et pourra conduire à des évolutions très différentes. Ces évolutions ne sont pas obligatoirement figées. Elles peuvent constituer une étape nécessaire dans l'élaboration de la perte périnatale en attendant que soit possible une reconnaissance psychique de la mort. Parfois elles resteront fixées et pourront conduire à des états pathologiques. Mon rôle de psychanalyste est bien sûr d'aider à « décongeler », « défiger » ces situations mais en même temps de respecter le rythme d'élaboration de chacun et les défenses psychiques parfois indispensables à la vie. Il va sans dire que l'équipe joue un rôle fondamental auprès de ces parents accablés.

Parfois, le fœtus prend la place d'un objet nostalgique. C'est une évolution que je rencontre assez fréquemment dans ma clinique et qui semble relativement « vivable ». Elle permet de continuer à penser au petit absent, de le faire revivre sous condition et de lui donner sa place. « Le nostalgique est porteur de son objet perdu qu'il anime, dont il s'anime, auquel il fait jouer un rôle. »¹⁷ Cet investissement nostalgique permet de retrouver un fonctionnement psychique qui peut s'accompagner de désir et de goût, même si celui-ci se vit essentiellement dans un présent immédiat.

Dans les issues possibles, j'ai également rencontré des

parents qui ont cherché à donner une histoire à leur bébé mort. Pour élaborer sa perte, ils se servirent des souvenirs fabriqués avec lui et pour lui. Des parents avaient fait un voyage lorsque la maman était enceinte et ils racontaient le monde à leur fœtus qui devait décéder. On en retrouve une belle illustration dans une nouvelle de Kenzaburô Ôé, « Agwĩĩ, le monstre des nuages »¹⁸. On pourrait dire que le deuil consiste à faire accomplir à l'enfant une vie, sa vie: « Moins aura vécu celui qui vient de mourir, plus sa vie sera restée une vie en puissance, plus dur sera le deuil. »¹⁹ Le temps du deuil serait ainsi le temps pour concevoir que cette vie fut accomplie et en quoi elle le fut.

Parfois l'offense narcissique sera si profonde que le fœtus deviendra un objet mélancoliforme.

Freud a bien distingué le deuil de la mélancolie dans son article princeps de 1917. Dans le deuil, le travail s'accomplit autour d'une perte d'objet et la libido se déplace sur un nouvel objet. Dans la mélancolie, la perte concerne le moi du sujet et la libido se retire dans le moi. Ainsi, la perte d'objet se transforme en une perte du moi.

Tout comme le mélancolique qui ne sait pas ce qu'il a perdu lorsqu'il perd son objet d'amour, les femmes ne savent pas ce qu'elles ont perdu lorsque leur bébé meurt avant terme. Cet enfant détient leur enfant imaginaire, leurs rêves, leurs désirs de rivalité avec leurs propres parents, leur fécondité et l'assurance de leur immortalité. Quand il se dérobe, laissant à tout jamais un vide, les parents perdent tout cela et ressentent une grande blessure, un sentiment d'infériorité, d'échec et d'indignité, voire de honte. Ils perdent leur sentiment d'estime de soi. La souffrance est d'autant plus grande pour la femme qu'à ce moment particulier, l'atteinte de son

¹⁷ P. DENIS, « Nostalgie: entre deuil et dépression », *Le deuil, Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 1994.

¹⁸ O. KENZABURO, *Dites-nous comment survivre à notre folie ?* Paris, Gallimard, coll. Folio, 1982.

¹⁹ J. ALLOUCH, *Érotique du deuil au temps de la mort sèche*, 1997, Paris, EPEL.

Retentissement sur la famille

bébé est l'atteinte d'une partie vitale d'elle-même. La blessure touche à l'identité féminine. Elle qui était comblée, qui avait surmonté la castration et la rivalité avec la mère phallique se sent à nouveau reléguée à son statut de petite fille. La rage peut l'envahir et l'enfant rêvé idéalisé peut se transformer en persécuteur monstrueux. Cette évolution est particulièrement douloureuse et peut entraîner une restriction importante de la vie.

C'est aussi dans l'écriture, la peinture ou la sculpture que des femmes²⁰ retrouveront leur fœtus sous une forme acceptable et même valorisée. On pense bien sûr à Frida Khalo, qui après ses fausses couches répétées a peint des tableaux montrant des fœtus morts, des organes ensanglantés... La sublimation permet de s'opposer à la perte et de retrouver l'objet aimé sous une autre forme acceptable et même valorisée.

Il est aussi des voies plus pathologiques, telle l'incorporation, qui peuvent donner lieu à des délires dans les générations ultérieures. En effet, dans certaines formes où la douleur est insupportable, la femme, le couple peuvent recourir au déni qui aura alors valeur de protection, et laisser place par la suite à un travail de reconnaissance et d'élaboration de la mort du fœtus. Cependant, il est des cas où le déni perdure et conduit à un fantasme d'incorporation qui évite le travail douloureux du deuil. Mais ces voies sont plus rares. Le plus souvent, la vie se poursuit avec une partie de soi endeuillée²¹ et une autre tournée vers la vie avec la venue d'autres enfants ou la mise en place de nouveaux projets.

«Le malheur est sans cesse mélangé au bonheur, ce n'est pas tantôt l'un, tantôt l'autre et j'ai appris à vivre comme cela.»

20 Frida KHALO, Marie SHELLEY et beaucoup d'autres.

21 D. BLIN, M.-J. SOUBIEUX, «La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue : la nostalgie», *Le Carnet Psy* 1997; 31:19-22.

Lorsqu'un tout jeune bébé décède, c'est toute une famille qui est touchée par le deuil. L'homme, la femme en tant que parents mais aussi en tant que couple, sont douloureusement traversés par cet événement qui atteint également les enfants aînés et les grands-parents. Plus loin encore, les enfants qui naîtront resteront liés à ce drame. Mais ce deuil concerne aussi toutes les personnes qui y sont confrontées, en particulier les équipes soignantes.

Le couple

«Des histoires comme cela, ça peut faire voler un couple en éclats» s'exclamait un père après une IMG. Comment se retrouver ensemble alors qu'on s'est déjà perdu tout seul? Tous les repères sont bousculés, le rapport au monde modifié, le sens de la vie totalement changé. Le projet qui avait soudé le couple et leur permettait de se projeter dans l'avenir n'est plus. Les émotions ne sont pas toujours exprimées de la même façon ni au même moment, ce qui peut parfois conduire à des interprétations erronées. La souffrance est si grande qu'elle peut isoler et rendre intolérant aux autres, avec le sentiment de n'être jamais compris.

La femme a parfois l'impression que son compagnon ne ressent rien et a déjà oublié car il n'en parle pas et s'investit complètement dans son travail. C'est en se retrouvant seule chez elle qu'elle semble se restaurer. Elle fuit les mondanités tandis que l'homme supporte souvent mal de rester à la maison. Certains hommes sortent beaucoup et s'alcoolisent comme pour s'étourdir.

Le temps d'élaboration psychique n'est pas le

même pour chacun. Souvent les hommes veulent «tourner rapidement la page» alors que les femmes ont besoin de leur souffrance pour retrouver leur bébé mort. La reprise de la sexualité est souvent difficile. La femme supporte mal son corps, et tout ce qui concerne sa féminité est teinté de mort. Les hommes ont parfois peur aussi de s'approcher de ce ventre qui a porté la mort. Les failles antérieures du couple peuvent se révéler davantage et avec une grande violence. Des attitudes opposées face à la décision d'IMG peuvent conduire à des conflits majeurs, entraînant parfois des ruptures définitives.

Cependant, les couples peuvent aussi se retrouver, apprendre à se connaître davantage et se construire de façon plus solide. Au cours des entretiens thérapeutiques, je suis souvent très émue par la façon dont chacun, homme et femme, se dévoile à l'autre. Combien d'histoires anciennes cachées et douloureuses sont révélées lors de cet événement, éclairant alors l'attitude apparemment incompréhensible de l'un des partenaires! Combien d'aveux d'amour se sont faits en ma présence! Si on sait être là pour leur permettre d'écouter leur souffrance mutuelle et pour accueillir leur détresse et leur violence, on peut être surpris par la force des liens qui se créent dans le couple.

Les enfants aînés

Les aînés sont toujours touchés par la mort du bébé attendu, même s'ils n'en laissent rien paraître. Ils sont inquiets devant le comportement de leurs parents qui s'absentent souvent et semblent très préoccupés. Ils perçoivent bien toute l'angoisse qui les habitent et n'en comprennent pas toujours la raison, qu'ils peuvent parfois s'attribuer avec beaucoup de culpabilité. En effet, nous connaissons bien l'ambivalence de l'enfant pendant la grossesse: avoir un petit compagnon mais en même temps garder sa place privilégiée auprès de ses parents.

Ce futur bébé représente une menace pour l'amour que lui donnent ses parents. D'ailleurs, il a bien compris qu'il n'est plus maintenant leur seul centre d'intérêt. Sa toute-puissance infantile est attaquée, endommagée. Mélanie Klein, une des premières psychanalystes d'enfants, a fait l'hypothèse d'une émergence très précoce de fantasmes archaïques chez le tout-petit: l'enfant vit sa mère comme remplie d'embryons qu'elle peut mettre au monde et qu'il souhaite détruire ou voler. Cette agressivité très profonde peut se concrétiser en souhait de mort, en désir que la grossesse soit interrompue. Si la grossesse s'arrête, ces mauvaises pensées pourront engendrer une forte culpabilité qu'il faudra repérer.

Lorsque la mère rentre à la maison la mine défaite, le teint pâle et les yeux rougis par les pleurs, le jeune enfant va la solliciter constamment pour la sortir de sa douleur. Il pourra être agité et ne voudra plus la quitter ni le jour ni la nuit, ce qui ne fera qu'accroître la fatigue et l'irritabilité de la mère, souvent présentes dans de telles circonstances. La mère a besoin de se mettre en retrait pour penser à son bébé mort, elle a besoin de solitude, même si la présence de l'aîné l'oblige à reprendre le rythme de la vie quotidienne.

Maintenir les habitudes de l'enfant en le conduisant par exemple à la crèche ou à l'école peut aider celui-ci à reprendre ses repères et à être plus à distance du vécu douloureux de ses parents. Il peut être utile parfois que les grands-parents ou la famille gardent les enfants aînés.

L'enfant plus âgé cherchera davantage à protéger ses parents et à se conduire «comme un grand», s'oubliant lui-même et évitant de leur poser toute question qui pourrait les déranger.

Parfois l'enfant va devoir faire face à une véritable dépression maternelle pouvant entraîner de graves distorsions dans la relation mère-enfant, notamment

si elle perdure. Si la mère est totalement absorbée par son bébé mort, l'enfant peut s'identifier à ce bébé pour retrouver l'amour et l'attention de sa mère. Être ce bébé pour réparer la mère détruite.

Que dire aux aînés ?

Parler de la mort d'un bébé est souvent un sujet tabou. Parler de la mort d'un bébé à un enfant l'est sans doute davantage.

Pourtant il me semble important de donner à un aîné des explications compatibles avec son âge, sa maturité et les représentations qu'il a de la mort selon sa culture et la tradition familiale. Mais il n'est pas nécessaire de tout dire aux enfants. Certains détails, certains éléments appartiennent aux parents. L'enfant ne doit pas forcément tout savoir, car il peut être encombré par des questions qu'il n'a pas à connaître et qu'il n'a pas à porter.

Ainsi, il ne nous semble pas souhaitable, pour les parents, d'informer l'enfant qu'ils ont décidé eux-mêmes de l'interruption de la grossesse. Cela les mettrait dans un rôle de bourreaux où ils seraient vu comme ayant le pouvoir de faire naître ou mourir les enfants à leur gré.

En revanche, il nous semble indispensable d'informer progressivement l'enfant de la grossesse, de la maladie du bébé et du risque de sa mort. En effet, même très petit, il a vu le ventre de sa mère s'arrondir, il a entendu des conversations étranges où l'on parlait avec beaucoup d'intérêt et d'excitation d'un enfant qui n'était pas lui. Ce serait très inquiétant si la vie continuait comme avant sans rien en dire à l'enfant alors que sa maman avait disparu pendant quelques jours de la maison et était revenue avec un ventre aplati et le visage triste. L'enfant pourrait se culpabiliser de la disparition du bébé, comme si ses mauvaises pensées avaient pu agir par magie. Il pourrait aussi penser que ses parents sont tristes à cause de lui.

Aider les parents à parler avec leur(s) enfant(s) de ce qui s'est passé fait partie du rôle de l'équipe. Il serait prudent d'être attentif au choix des mots pour parler de la maladie et de la mort du bébé afin de ne pas inquiéter l'aîné lorsqu'à son tour il sera malade. Parfois, il pourra être utile de lui proposer des entretiens psychothérapeutiques.

Les grands-parents

Les grands-parents se sentent toujours impliqués dans ce drame qui peut raviver des épisodes traumatiques de leur propre histoire, notamment la mort d'un enfant. Parfois cette reviviscence trop envahissante peut les empêcher d'entendre la souffrance de leur enfant et de l'aider. D'autres fois en revanche, elle va les rapprocher en créant plus d'intimité entre eux et en permettant qu'un épisode douloureux maintenu secret puisse être dévoilé.

Je me souviens d'une maman qui regrettait de ne pas être soutenue par sa mère au moment d'une IMG. Depuis toujours elle avait de mauvaises relations avec elle, se sentant toujours mise de côté et non comprise. Lors de cet événement, elle a appris que sa mère avait fait une fausse couche juste avant sa naissance. Celle-ci lui a raconté qu'elle était alors seule, sans sa famille, tout nouvellement arrivée en France, et que cela avait été très douloureux. À sa naissance elle était très triste. C'était la première fois qu'elles parlaient ensemble de ces choses-là. Peu de temps après la jeune femme me raconte que les relations avec sa mère ont beaucoup changé et qu'elle est plus proche d'elle. Elle a l'impression de la trouver-retrouver. La mère a annulé le repas de Fête des mères habituel, pensant que cela serait trop douloureux pour elle qui a perdu son bébé. Elle l'aide à la maison et lui prépare des repas.

Les grands-parents se sentent souvent démunis face à la peine et au désespoir de leur enfant. Ils

voudraient leur épargner leur chagrin et porter la douleur à leur place, ce que vivent très mal les parents et notamment les mères: «Je ne supporte pas que mes parents parlent de douleur, qu'ils pleurent, cela nous appartient, mon chagrin est à moi, c'est notre bébé, il était dans mon ventre, dans ma chair.»

Si les grands-parents souffrent pour leur enfant, ils souffrent aussi de ne pas être devenus grands-parents et de voir leur filiation interrompue. L'inversion de la situation dans l'ordre des générations perturbe toute la dynamique transgénérationnelle.

Les grands-parents ont un rôle précieux dans ces situations en soutenant leur enfant mais aussi leurs petits-enfants qu'ils accueillent parfois pendant l'hospitalisation de la mère. D'ailleurs ils pourront être amenés à répondre à des questions embarrassantes venant de ces derniers. Il me semble important de pouvoir les écouter et les conseiller, en accord avec les parents naturellement.

La nouvelle grossesse

Elle est là dans la salle d'attente, son ventre légèrement arrondi semble abriter un bébé. Elle est jeune, belle. Mais elle a l'air grave. Elle semble bien fatiguée, sa démarche est pesante.

«Je viens vous voir car je dois passer une échographie et j'ai terriblement peur, j'ai perdu mon bébé l'an passé et j'ai peur que cela recommence, je n'ai plus confiance en moi ni en la vie.» Et pourtant! «N'y pense plus» lui a dit quelqu'un de son entourage; «maintenant tu devrais être heureuse, tu vas avoir un beau bébé».

Reprenons tout d'abord là où elles en étaient, là où elles sont encore, toutes ces femmes qui ont perdu leur bébé.

Elles se rappellent encore le moment précis où l'échographiste leur a dit «le cœur ne bat plus» ou «il y a un problème avec votre bébé».

Et puis ce cauchemar qui a suivi, ce temps qui s'est soudain figé et ce monde qui a changé, les privant brutalement de leurs repères habituels.

Et la douleur, cette douleur inqualifiable, qui est là, tout le temps, partout, qui accompagne tous leurs faits et gestes au quotidien, cette douleur qui ne passe pas.

Et ce corps, maintenant devenu tombeau, va-t-il pouvoir redonner la vie? N'est-il pas dangereux? «Quand j'ai vu mon bébé, il était tout violacé, froid. J'ai maintenant la sensation que les cellules de mon corps portent toutes la mort.»

Elles se rappellent aussi leur effroi quand elles se sont regardées dans le miroir, un ventre flasque,

inerte, en creux leur faisait face. Pouvaient-elles encore se sentir femme dans ce corps qui les avait trahies ?

Quel regard allait porter sur elles la société ? Elles, dont l'identité était marquée dorénavant par le manque, le creux, la blessure et l'attaque violente faite à la fertilité.

Elles se rappellent aussi ce désir très grand de tout recommencer, de retourner vers la vie, d'avoir encore un bébé qui enlèverait toute cette douleur, qui les rendrait de nouveau femme et mère, et pour de bon cette fois.

C'est tout cela que la grossesse suivante va remettre en scène, surtout si ces traumatismes n'ont pas pu être élaborés entre temps.

C'est ainsi que dans un mouvement d'accroissement libidinal, laissant la mort, le mort de côté et offrant la possibilité d'être rétablis dans leur parentalité que les couples s'engagent dans la nouvelle grossesse.

La nouvelle grossesse, tant espérée, ne vient pas réparer la précédente et laisse les femmes dans le désarroi. Elles perçoivent alors le décalage, parfois très grand, entre leur désir de maternité et leur désir de grossesse. Elles recherchent davantage une restauration narcissique, même quand elles ont déjà eu des enfants. Elles éprouvent le besoin de se rassurer sur leur pouvoir de procréation, mais l'enfant réel leur fait peur.

Je rencontre une maman dont le bébé est mort à la naissance. Elle n'arrive pas à être enceinte et pleure à chaque fois qu'elle a ses règles. En même temps, elle exprime une grande peur de revivre la même chose. Elle voudrait maigrir avant cette nouvelle grossesse mais elle n'y parvient pas. A-t-elle eu du mal à quitter ce corps, ce ventre arrondi qui contient

encore la présence de son bébé mort ? Perdre du poids, retrouver son corps d'avant signifierait qu'il n'est vraiment plus là. Elle a encore besoin de temps pour supporter ces pensées.

Le désir d'avoir un nouvel enfant peut également être considéré comme un déni de la perte et un désir de retrouver le même bébé.

L'expérience montre que les couples s'engagent rapidement dans cette nouvelle grossesse, souvent trois mois après la mort fœtale. Ce délai les conduit alors à se retrouver avec les mêmes dates anniversaires des différentes étapes de la grossesse (date de conception identique à celle de l'enfant précédent, date de l'accouchement qui coïncide avec celle de la mort). Il arrive aussi que le désir de grossesse naisse au moment où la réalité de la perte commence à s'imposer. Force est de constater que les temps nécessaires à l'élaboration de cette épreuve sont variables et que « cette mise en enfant », si elle permet parfois d'éviter le deuil, permet aussi de retrouver un sentiment d'immortalité et une capacité procréative mises à mal par l'expérience précédente.

Une grossesse solitaire

La nouvelle grossesse est souvent tenue secrète les premiers mois. Les couples ont perdu confiance en leurs capacités à être parents, de bons parents. Leur sentiment d'estime de soi s'est modifié. Sont-ils dignes d'être parents ? Avaient-ils le droit de recommencer ? Ils n'osent pas en parler et craignent de décevoir leurs propres parents et leurs enfants aînés qui, parfois, renforcent ce sentiment d'incapacité par leurs remarques : « Mon fils me demande s'il ne va pas mourir, celui-là, s'il ne va pas être malade. »

De ce fait, ils informent très peu leur entourage. Parfois les hommes refusent de parler du bébé tant

qu'il n'a pas atteint un terme rassurant, ce qui amplifie le sentiment d'isolement des femmes: « Mon mari n'en parle jamais, il ne m'accompagne ni aux consultations ni aux échographies, il fait comme si je n'étais pas enceinte et comme s'il n'y avait jamais eu de bébé avant. » Plusieurs mois sont parfois nécessaires pour que les maris commencent timidement à poser des questions puis à s'approcher de leur femme.

Les couples s'empêchent de se projeter dans le futur comme s'ils cherchaient à s'immuniser contre un événement dont ils redoutaient l'issue. Ils luttent contre le désir de s'attacher à cet enfant qui pourrait se dérober à nouveau.

Le tumulte de la grossesse se mêle au travail psychique du deuil, accentuant ainsi le bouleversement interne déjà présent.

L'angoisse

L'euphorie initiale laisse vite la place à l'angoisse. Une angoisse envahissante, tout le temps présente. L'angoisse de revivre le même drame, d'entendre les mêmes mots, les mots qui parlent de catastrophe, les mots qui arrêtent la vie. L'angoisse de revoir les mêmes images qui annoncent la mort. L'angoisse d'être trahie par le corps. L'angoisse de sentir le bébé bouger et l'angoisse de ne plus le sentir. L'angoisse de ne jamais y arriver.

Le temps s'étire à l'infini, interminable, sans début ni fin, rappelant sans cesse à la future mère qu'elle doit mettre au monde un enfant vivant bien portant. Chaque examen est source d'angoisse et n'apporte qu'un soulagement transitoire.

Certaines femmes ont besoin de passer sans cesse des échographies pour se rassurer, ce qui paradoxalement peut renforcer l'anxiété. Les mouvements

du bébé sont source d'inquiétude car, dès qu'ils viennent à s'estomper pendant quelques heures, la panique envahit la future mère. Dans tous les cas ils ne procurent pas de plaisir, ce ne sont que des signes de vitalité. Plus d'émotions, c'est fini tout cela.

Troubles psychosomatiques

Des douleurs, des contractions utérines, des décompensations somatiques (diabète, hypertension artérielle), des troubles du sommeil avec cauchemars peuvent survenir. Une femme se réveillait en sueur après un rêve où elle était enfermée dans un cercueil. Une autre voyait la main de sa petite fille s'arracher de la sienne et disparaître dans un tourbillon...

Les menaces d'accouchement prématuré²² ne sont pas rares également. Les futures mères ne se sentent pas contenantes et craignent d'expulser leur fœtus avant terme. Leur ventre qui a abrité la mort les effraie. Une femme voulait qu'on lui extraie son enfant prématurément et qu'on le place dans une couveuse car elle se sentait dangereuse et incapable d'assurer correctement sa croissance. L'hospitalisation, avec toute la contenance qu'elle peut offrir, est parfois utile dans ces situations.

La culpabilité

Des sentiments de culpabilité et de trahison à l'égard du fœtus décédé sont souvent retrouvés, comme s'il n'avait été qu'un accident fortuit. L'offense narcissique faite par sa mort, la colère, sont évacuées sans élaboration psychique et peuvent resurgir sous la forme d'une grande culpabilité. La crainte de l'oubli alimente également ces sentiments.

²² M.-M. BOURRAT. « Développement et identité de l'enfant suivant » in *Mort subite du nourrisson: un deuil impossible ?* sous la dir. de P. MAZET et S. LEBOVICI, PUF, 1996.

Une maman était très gênée d'être enceinte avant même que le temps qui aurait été en principe nécessaire pour son autre grossesse ne soit vraiment écoulé. En effet, elle aurait dû accoucher quelque temps plus tard si le premier bébé avait pu naître vivant et bien portant. De ce fait, elle n'en parle pas autour d'elle.

La rêverie maternelle évanouie

Dans une sorte d'évitement post-traumatique et de formations réactionnelles, la mère peut s'empêcher de se laisser aller à la rêverie et d'investir le futur enfant. La présence psychique de l'enfant mort, l'angoisse, l'attente des résultats et l'exacerbation des craintes d'enfant anormal peuvent sidérer les représentations du futur enfant. Les images du bébé ou du fœtus mort se superposent avec l'investissement de l'enfant attendu. Très souvent au cours des premiers mois, les femmes ne se sentent pas vraiment enceintes. Elles ne parlent pas de leur bébé, elles préfèrent ne pas y penser. Elles ne font aucun préparatif. Et plutôt que d'investir la grossesse, elles investissent l'écoulement du temps jusqu'à son issue avec toujours le même questionnement : « Est-il encore vivant ? ».

La temporalité de la grossesse est modifiée : les premiers mois d'examen deviennent l'attente de la grossesse elle-même. Seuls les derniers mois sont l'attente de l'enfant. La grossesse peut paraître interminable et vécue essentiellement au travers de préoccupations médicales, « blanche » de fantasmes avec un sentiment prédominant de devoir et d'obligation.

Être une « supermère » pour réparer ce qu'elles ont l'impression d'avoir mal fait auparavant devient l'objectif primordial de ces femmes.

Des sensations corporelles modifiées

Le corps est à la fois le lieu de mémoire du fœtus mort et le lieu où l'événement peut s'élaborer psychiquement grâce aux transformations physiques qui s'y produisent.

Il arrive que le ventre soit vécu comme un véritable tombeau qui ne peut donner que la mort. Les mouvements du fœtus sont alors à peine perçus et parfois inquiétants tant ils semblent irréels. Tout semble immobile. Le ventre est à peine arrondi, inerte. Le corps n'est que lourdeur, épuisement, empâtement. Pas de signes de joie. Un véritable chemin de croix à faire jusqu'à l'accouchement.

Cependant, dès le début de la grossesse, les sensations corporelles peuvent être déjà différentes de celles de la précédente grossesse. Parfois ce sont des nausées ou une pesanteur de l'utérus, absentes auparavant. D'autres fois, c'est seulement après le dépassement du terme correspondant à la mort du fœtus précédent que la venue de perceptions inconnues modifie ce vécu. Des mères commencent alors à différencier les deux grossesses puis les deux fœtus eux-mêmes : « Ce bébé là sera peut-être fripé car l'autre, quand il est mort, était à un terme moins avancé et avait pu se déployer davantage dans mon ventre » explique une maman à son compagnon. Souvent, à ce moment-là, le bébé précédent est évoqué avec beaucoup d'émotions. Parfois, c'est la première fois que peuvent parler les mères de son aspect physique et des circonstances de sa mort. « Il semblait dormir, il avait la peau blanche. » La réalité du bébé à naître devient plus prégnante et la crainte de l'oubli s'intensifie.

Et pourtant, c'est précisément cette nouvelle présence qui permet de repenser à l'enfant mort et de lui faire sa place. L'identité du nouveau bébé se construit en lien avec le bébé décédé : « Il est celui qui ressemblera ou ne ressemblera pas à l'autre. »

Autour de cette question se joue la contradiction entre désir et peur de la répétition.

Une nouvelle étape dans le deuil

Les perceptions des différences se construisent souvent à partir d'un socle de confusion entre elles, comme si les mères devaient cheminer progressivement du «semblable» vers le «différent». Elles ont besoin de s'appuyer sur du «même» avant d'accepter de désinvestir le fœtus mort, de le sentir les quitter et finalement d'investir le futur bébé en fin de grossesse.

Les représentations du futur enfant permettent de cheminer un peu plus dans le deuil de l'autre. Dans le même temps, le deuil libère une place pour l'enfant à venir. Ainsi le travail du deuil de l'enfant mort et le «travail d'identité» de l'enfant à naître se font en synergie. L'enfant mort prend existence à l'ombre du vivant.

Je rencontre des parents qui viennent d'apprendre que leur bébé a une grave pathologie. Après quelques semaines d'évolution, le diagnostic redouté a été confirmé et une IMG a été proposée. Ils souhaitent continuer à me voir.

Très peu de temps après, la jeune femme est à nouveau enceinte. «Je suis contente d'un côté mais il y a aussi plein de choses douloureuses qui me reviennent.» Elle pense beaucoup au bébé mort et ne peut pas investir le futur bébé. Elle vient d'avoir sa première échographie dont la date coïncide avec celle à laquelle elle aurait dû accoucher. Elle ne peut pas concilier les deux événements. Cet examen est devenu pour elle quelque chose de strictement médical. Le père a cependant été ému en entendant les battements de cœur du bébé. La maman n'a pas informé son entourage. En revanche, elle dialogue sur les forums où elle a fait connaissance d'une

maman qui a eu également une IMG, «C'est très important de parler avec quelqu'un qui a vécu les mêmes choses.»

Elle commence à différencier les deux grossesses. «J'ai davantage de nausées qu'à la précédente, je sens mon utérus plus lourd, une présence dans mon corps, parfois le bébé me gêne, il appuie, il m'oblige à penser à lui.» C'est dans la douleur que ce bébé commence à prendre sa place. Un peu plus tard, arrive le moment où la pathologie avait été découverte précédemment. Les parents attendent avec une grande angoisse la nouvelle échographie. Celle-ci ne montre aucune anomalie. «Pour nous ce n'est qu'une étape même si on nous dit que tout va bien maintenant.» Ils vont à des séances de sophrologie. La sage-femme, pourtant bienveillante, dit à la maman: «Vous devez être heureuse et penser à votre bébé». Cela la blesse terriblement. Elle a l'impression qu'elle n'est pas reconnue comme une mère capable de prendre soin de son bébé. «J'y pense, à mon bébé, mais je ne veux pas oublier l'autre. Quand je me sens bien pendant les séances de sophrologie, cela me culpabilise.»

De plus en plus elle différencie les deux bébés: quand le précédent donnait des coups, elle mettait sa main sur son ventre, il en redonnait avec celui-ci c'est différent, il s'arrête dès qu'elle met sa main «comme s'il me faisait des blagues». Elle craint d'être triste quand elle sera avec ce bébé-là. Elle est rassurée quand je lui dis qu'elle a le droit de penser à ses deux enfants en même temps avec des sentiments différents. Maintenant ils ont bien chacun leur place même s'ils existent dans un rapport de culpabilité de l'un par rapport à l'autre: quand elle pense à l'un, c'est comme si elle ne pensait pas à l'autre.

Un peu plus tard, a lieu la dernière échographie. Elle est normale mais il y a encore l'étape de l'accouchement. Le futur père est préoccupé: «Comment pouvoir faire comprendre à l'entourage qu'il s'agit

bien du deuxième enfant ? » Dans la crainte de trop investir le futur bébé, le père a-t-il peur d'oublier le mort, projetant ainsi ses pensées sur les autres ?

Quelques jours après, une belle petite fille naît.

Ainsi j'aimerais souligner les potentialités réorganisatrices de la grossesse suivante, même si elle reste une situation à haut risque psychologique. En effet, elle peut permettre l'élaboration du deuil de l'enfant mort, figé jusqu'alors. Par un travail de comparaison entre les ressemblances et les différences, elle peut aider les parents à reconnaître le futur bébé comme un autre et non comme le retour du même. Il va sans dire qu'il est indispensable d'accompagner et de soutenir les parents non seulement au moment de la mort de leur bébé mais aussi tout au long de la grossesse suivante. Ce travail doit reposer sur une équipe pluridisciplinaire et ne peut se faire qu'en associant tous les partenaires du réseau de périnatalité. C'est grâce à cette enveloppe formée autour d'eux que les parents pourront reprendre possession de leurs ressources internes et développer leur créativité psychique.

L'enfant d'après

Si la nouvelle grossesse renferme des potentialités psychiques réorganisatrices, l'arrivée d'un enfant après celle d'un bébé mort peut également raviver toutes les émotions et les douleurs qui étaient restées tapies dans le creux utérin.

Le nouveau-né advient dans un contexte de blessure, de colère, de chagrin, de manque, de traumatisme et de vécus archaïques. Il risque d'être pris dans des mouvements psychiques violents et leurs conséquences d'idéalisation, de rejet ou de vécu persécutif. Aussi, une attention toute particulière doit-elle être accordée à ces jeunes accouchées mais également aux pères.

Les relations précoces parents-enfant

À la naissance, les mères sont fréquemment envahies par des sentiments teintés de tristesse et de culpabilité. Elles pensent beaucoup à leur bébé mort et ont l'impression de le trahir en étant heureuse avec le tout jeune bébé, qu'elles ont éventuellement tendance à délaïsser.

Je rencontre des parents peu de temps après la naissance de leur enfant. Je les avais connus un an auparavant lors d'une IMG. C'est le père qui porte le bébé dans les bras. La maman est triste, dit qu'elle ne peut pas s'occuper du bébé et qu'elle n'a pas l'instinct maternel. Elle pense sans cesse au bébé décédé l'an passé, pratiquement à la même date. Autour d'elle on lui dit : « Tu ne dois pas penser au mort mais au vivant, c'est lui qui a besoin de toi ». C'est insupportable pour elle d'entendre ces propos. « Comment être heureuse avec ce bébé alors que l'autre n'est plus là ? Pourquoi celui là et pas l'autre ? »

Supporter que les mamans ne puissent pas s'occuper de leur enfant vivant dès sa naissance est parfois nécessaire dans ces situations. Les «auto-riser» à penser à leur bébé mort et à le faire exister les aide à investir le nouveau-né. C'est précisément cette crainte de l'oubli, alimentée par l'attitude de l'entourage, qui les culpabilise lorsqu'elles prennent du plaisir avec le jeune bébé. Elles ont besoin d'être reconnues comme la mère des deux enfants, le mort et le vivant.

Le rôle des pères est très important dans ces moments là et il faut les soutenir eux aussi. Ils pourront alors prendre le relais de la maman auprès du nouveau-né, le temps que ce bouleversement émotionnel s'apaise un peu et que chaque enfant trouve sa place.

L'allaitement n'est pas toujours aisé. Je me souviens d'une maman dont le bébé pleurait beaucoup et n'arrivait pas à prendre le sein. Elle se sentait mauvaise car elle avait eu une IMG auparavant et pensait que son lait était toxique. Quand la maman a pu relater l'événement traumatique et les pensées terribles qui l'assaillaient («J'ai tué mon enfant», pouvait-elle dire), elle s'est détendue et l'allaitement a pu se mettre en place de façon harmonieuse. Il arrive en effet que les mères se sentent dangereuses et n'osent pas s'occuper de leur enfant; «J'ai hâte qu'il grandisse et qu'il n'ait plus besoin de moi» disait l'une d'elle.

Une autre maman était en pleurs car son nouveau-né n'arrivait pas à téter. Elle a alors réalisé qu'un an auparavant, sa petite fille se débattait contre la mort durant ces mêmes moments d'allaitement. Peu à peu elle s'est apaisée et le bébé a commencé à téter.

Là aussi, le rôle des sages-femmes, des puéricultrices et de toute l'équipe est essentiel pour soutenir les mères, en respectant leur rythme sans les juger.

D'autres perturbations peuvent survenir dans la mise en place des relations précoces mère-enfant: angoisse de séparation, troubles du sommeil et de l'alimentation, troubles psychosomatiques, craintes excessives concernant la santé de l'enfant, trouble de l'attachement.

Ces difficultés ne conduisent pas forcément à des dysfonctionnements durables. Les premiers temps passés à la maternité peuvent être l'occasion de les repérer et d'apporter écoute et soutien aux parents. L'aide d'une puéricultrice à domicile peut être très précieuse. D'autres fois, des consultations thérapeutiques avec les parents et leur bébé, voire une psychothérapie mère-enfant, seront nécessaires. Un travail de lien entre les différentes structures de la petite enfance, le gynécologue, le médecin traitant et le pédiatre est indispensable pour prévenir des troubles plus graves de la relation ou du développement psychique de l'enfant. Ce sont les partenaires de première ligne et les psychologues-psychanalystes-psychiatres doivent impérativement travailler avec eux.

Bien que l'on retrouve de nombreux exemples d'enfants de remplacement dans la littérature psychanalytique ou autre, dans ma clinique ces situations sont plutôt rares. Et au contraire, dans certaines conditions, l'enfant puîné peut permettre l'élaboration de l'enfant mort et prendre une place distincte. Il va de soi qu'une vigilance accrue sera nécessaire lors de la survenue d'un baby blues, notamment si celui-ci se prolonge. Cela permettra de prévenir une dépression maternelle qui pourrait perturber les relations mère-enfant.

Ultérieurement, se posera le problème de parler à l'enfant de ce grand frère ou de cette grande sœur mort(e) avant sa naissance. C'est une démarche difficile pour les parents. Ils ont peur de faire de la peine à leur enfant et de lui mettre dans la tête des idées bizarres et incompréhensibles pour lui. Eux-mêmes redoutent souvent de reparler de l'événement.

Accompagner l'équipe

Là encore, ils ont besoin d'être aidés pour raconter son histoire à l'enfant avec des mots simples et adaptés à son âge. Il se construira avec cette donne initiale. Chaque parent doit choisir le moment pour en parler à sa façon avec les représentations de la mort inhérentes à sa culture familiale et personnelle. Parfois, des entretiens avec l'enfant seront utiles.

Je rencontre un garçon de 4 ans né après la mort d'un bébé à quelques jours de vie. C'est un beau petit garçon intelligent, vif et hypermature. La maman est actuellement enceinte. Elle s'inquiète pour son enfant. Elle le trouve très anxieux, il dort mal et semble préoccupé même dans ses jeux.

À peine arrivé dans mon bureau il me dit: «J'ai eu un grand frère, il est mort, on ne sait pas pourquoi». Plus tard, avant même que la mère ait pu retracer son parcours de maternité traumatique, il s'écrie: «Je vais te raconter un rêve, j'étais avec mon papa, on était dans le métro avec des bébés. À la première station le métro s'est cassé, alors moi j'ai dit, on va le réparer. Avec tous les bébés et mon papa on l'a réparé. À la deuxième station, c'était bien solide et cela ne s'est pas cassé.» La mère est stupéfaite. Elle va alors reprendre son histoire en me sollicitant lorsque les mots ne lui viennent plus, trop submergée par l'émotion. Puis elle me parle de sa grossesse actuelle; c'est alors que l'enfant s'exclame: «Pour l'instant ce n'est pas livré», comme s'il traduisait les craintes des parents autour du futur bébé.

La naissance d'un bébé après la mort d'un tout petit permet souvent de trouver la juste place de chacun des enfants, celui qui n'est plus et celui qui sera. L'enfant d'après prend une place particulière, pas toujours celle d'un enfant de remplacement, même si les destins resteront toujours intimement mêlés.

La mort périnatale est une des situations où le travail pluridisciplinaire prend vraiment tout son sens. De l'annonce à l'IMG, de la nouvelle grossesse au futur enfant, tous les acteurs – échographiste, obstétricien, sage-femme, infirmière, biologiste, psychanalyste, généticien, fœtopathologiste, puéricultrice, pédiatre, médecin traitant, assistante sociale... – sont concernés et les liens sont indispensables pour aider les couples à se construire ou se reconstruire. Le personnel des chambres mortuaires est également très impliqué et une attention toute particulière doit leur être portée pour les inclure dans le réseau de soins.

Nous l'avons vu, ce travail commence dès l'annonce de la mort ou de la pathologie. Soutenir les parents et les aider à retrouver leur capacité de penser est une des fonctions premières de l'équipe.

Lorsque une IMG est décidée, les parents doivent être informés clairement de la façon dont cet acte va se dérouler. Ainsi ils pourront se préparer à la rencontre avec leur bébé s'ils le souhaitent. On ne saurait redire ici la prudence avec laquelle les rituels doivent être proposés aux couples, en particulier la présentation du fœtus mort à ses parents. Apprécier là où ils en sont dans la représentation de leur fœtus est une tâche fort délicate mais fondamentale. Des suggestions s'appuyant sur l'expérience des autres couples peuvent être très utiles. Les couples s'en saisiront si elles leur conviennent. Il me semble indispensable de pouvoir réinterroger régulièrement les attitudes et le vécu des soignants en lien avec les réactions des parents. Dégager des repères sémiologiques qui auraient fonction de clignotants pour l'équipe, puis les analyser dans des groupes de travail pluridisciplinaire, serait à même de soutenir un tel travail.

En effet, toutes ces situations sont difficiles à vivre pour l'équipe également. Le chagrin et l'agressivité peuvent parfois être insupportables. Pouvoir parler, échanger au sein de l'équipe est essentiel. En dehors des lieux informels (autour d'un café, dans les couloirs...), le staff pluridisciplinaire doit pouvoir répondre à ce besoin. Favoriser l'expression de ces vécus dans un climat de confiance permet à tous de cheminer avec ses propres interrogations. Le psychanalyste y a pleinement sa place. Il doit vraiment s'engager dans ce travail et faire des retours de ce qu'il perçoit, ressent et entend auprès des femmes et des couples qu'il rencontre, tout en préservant la confidentialité. C'est essentiel, c'est cela qui fait progresser les idées et modifie les a priori.

Cela requiert bien sûr une grande confiance réciproque. Parler, raconter dans un langage clair qui permet une discussion entre tous est indispensable quand on travaille dans de tels services. Les équipes maintenant mieux formées à ces approches difficiles, s'appuient parfois sur un livret d'informations et de conseils. Véritable trait d'union entre les différents parents et l'équipe, il apporte des informations pratiques concernant le personnel soignant et le déroulement de l'hospitalisation, les procédures administratives de déclaration à l'état-civil, les obsèques, les droits des parents, les congés légaux. Cependant il ne doit jamais remplacer l'échange indispensable avec les couples.

Des formations adaptées peuvent être nécessaires pour l'équipe. Cependant, le tact et l'expérience doivent rester de mise et ne pas être supplantés par des «conduites à tenir» toutes faites qui ne tiendraient pas compte de la singularité de chaque situation.

Accompagner les parents

Les services de diagnostic anténatal sont confrontés à des problématiques nouvelles. Ce sont des lieux où mort et vie se côtoient en permanence, générant angoisse et agressivité. Ce sont des lieux où la mort est là, incontournable même si elle reste impensable. Ce sont des lieux où l'archaïque, la dualité des pulsions et le risque de déliaison des pulsions libidinales et des pulsions de mort occupent le devant de la scène psychique.

C'est véritablement la rencontre avec la clinique du traumatisme. Une rencontre toute particulière qui amène le professionnel à vivre en direct le drame des patients. Témoin de l'événement, il acquiert un statut particulier auprès d'eux, bien des années après: « Je viens vous revoir car vous êtes le témoin que mon bébé a existé, que tout cela s'est bien passé; plus personne n'en parle et je ne sais plus si j'ai fait un cauchemar ou si c'était la réalité ».

Force est de constater que si la douleur est immense, effroyable, indescriptible, l'enfermement dans cette douleur n'est pas la seule issue possible à ce drame. L'élaboration de cet événement, quand elle est rendue possible, peut permettre une construction-reconstruction psychique étonnante. Encore faut-il que les mères – et aussi les pères mais d'une autre façon – n'aient pas à dépenser toute leur énergie psychique à maintenir vivante la mémoire de cet enfant mort avant d'avoir vécu. Dans ce moment particulier, les patients peuvent avoir un fonctionnement psychique marqué essentiellement par une prévalence de la projection et du clivage, une vision persécutoire de la réalité et une économie narcissique fragilisée. Leurs objets internes sont plus vulnérables, endommagés ou morcelés. Accueillir leur monde interne et les aider à retrouver une capacité d'élaboration et de représentation est l'une des tâches premières du thérapeute.

Le moment particulier de transparence psychique – la mort survient en pleine grossesse – permet de rentrer rapidement dans l’histoire des patients et de faire des liens. Cependant, dans ce monde de douleur indicible et de traumatisme, il ne va pas de soi de savoir comment aider ces parents qui ont des vécus extrêmement violents : on leur a arraché leur bébé, ils l’ont tué...

Sans cesse, il convient d’inventer une manière d’être, de travailler et de penser tout en gardant bien en tête ses repères et son cadre interne.

La première rencontre

Elle se fait souvent dans la chambre de la femme. C’est un lieu intime. La mère est alitée, en chemise de nuit, entourée de photos des enfants aînés, d’objets de la maison, de livres, de revues. J’ai à la fois un statut d’invitée et d’intruse. C’est une situation délicate mais riche en éléments révélateurs du vécu de la mère, de ses sentiments et de ses émotions comme le chagrin, la colère ou la persécution. Ultérieurement, je reçois les patients dans un bureau.

Le cadre matériel fort différent de celui d’un cabinet, nécessite d’avoir un cadre interne solide reposant sur une théorie de l’inconscient bien intégrée. Selon moi, le cadre n’est pas à imposer mais à découvrir, à co-crée avec le patient. Ce dernier doit prendre en considération son rythme d’élaboration par les protections mises en place, mais aussi ses ressources psychiques. Celles-ci sont souvent anéanties par le traumatisme et le psychisme paraît figé. Ainsi, afin d’offrir au patient les conditions les plus favorables à l’expression de sa souffrance et à la réappropriation de sa capacité de penser, une souplesse du cadre est nécessaire. Il est clair que la mise en place de celui-ci est une partie intégrante du processus thérapeutique.

Les professionnels peuvent se sentir envahis par leurs propres émotions face à des parents qui viennent de perdre leur fœtus ou leur bébé; le chagrin mais aussi la colère, voire la haine sont bien souvent au rendez-vous. Et parfois les parents attaquent, disqualifient le professionnel face à eux, se montrent hostiles.

La manière d’être avec eux, à ce moment particulier, est fondamentale pour l’évolution ultérieure: résister à ces assauts, supporter ces regards fuyants, agressifs, cette télévision dont le son est monté si fort qu’on ne peut pas s’entendre, ce téléphone qui sonne sans cesse. «Survivre» et supporter ces attaques est vital. Pour se dégager de cette violence, il convient de repérer les mécanismes d’identification projective; cela permet de la penser. Ici il n’est pas question d’interprétation. Il me semble essentiel de laisser le patient faire lui-même les liens avec sa propre histoire et à son rythme.

Cette façon d’être présent à l’autre, de recevoir ses projections, de montrer qu’on est là, non détruit, de s’appuyer sur son expérience clinique, en se laissant dans un premier temps affecter sans penser, puis penser ce qui affecte, permet un décalage entre ce que le patient a projeté sur le professionnel et ce qui lui a fait retour. Ce décalage, parfois infime, lui permet alors de supporter ses propres sentiments. C’est un travail qui se fait par toutes petites avancées. Il faut pouvoir supporter de ne pas interpréter, de ne pas parler à la place de l’autre et aussi accepter le silence lorsqu’on a envie de parler ou parler lorsqu’on a envie de se taire. Peu à peu le regard change, la parole se délie.

Au fond, ce qui apparaît essentiel, c’est d’accepter d’être utilisé comme un «objet malléable» pour aider les parents à retrouver une activité de penser, une confiance en la vie, un sentiment de sécurité interne et une créativité psychique. Il va de soi que cela demande de repenser sans cesse son travail.

Parfois, les couples ne souhaitent pas rencontrer un professionnel. Ils préfèrent se retrouver entre parents pour partager cette expérience commune dramatique. Une approche groupale peut leur être proposée. Celle-ci peut faciliter les échanges de paroles et la mise en mots de l'impensable de telles situations. Les associations offrent également une aide aux parents endeuilés, tout comme les forums où les femmes dialoguent entre elles lorsque la démarche thérapeutique leur semble trop difficile.

La mort périnatale est un vrai problème de santé publique. Les parents sont touchés au plus profond d'eux-mêmes mais également toute une famille, la fratrie, les grands-parents, les enfants qui naîtront plus tard et les générations futures.

Prévenir les conséquences du deuil périnatal, c'est d'abord pouvoir le penser en acceptant de le reconnaître et de ne pas se réfugier dans des non-dits.

Un travail pluridisciplinaire et les différents examens de la grossesse sont indispensables pour aborder au plus près la problématique du deuil périnatal et en prévenir les effets délétères.



Tous les 2 mois, un livre de 64 pages envoyé gratuitement aux professionnels de l'enfance et de l'aide à la jeunesse (11.000 ex.)

Temps d'Arrêt – Déjà parus

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerehaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.*
- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault.*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.*
- L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui? Pierre Delion.*
- Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants? Martine Gayda, Monique Meyfrøt, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.*
- Le traumatisme psychique. François Lebigot.*
- Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire. Danièle Epstein.
- À l'écoute des fantômes. Claude Nachin.*
- La protection de l'enfance. Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.*
- Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel. Jean-Marie Forget.
- Le déni de grossesse. Sophie Marinopoulos.*
- La fonction parentale. Pierre Delion.*
- L'impossible entrée dans la vie. Marcel Gauchet.*
- L'enfant n'est pas une « personne ». Jean-Claude Quentel.
- L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille? Marie-Claude Blais.
- Les dangers de la télé pour les bébés. Serge Tisseron.*
- La clinique de l'enfant: un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle. Michèle Brian.
- Qu'est-ce qu'apprendre? Le rapport au savoir et la crise de la transmission. Dominique Ottavi*
- Points de repère pour prévenir la maltraitance. Collectif
- Traiter les agresseurs sexuels? Amal Hachet
- Adolescence et insécurité. Didier Robin

Prenons le temps de travailler ensemble

La prévention de la maltraitance est essentiellement assurée au quotidien par les intervenants en lien direct avec les familles.

Le **programme yapaka**, mené par la Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, a pour mission de soutenir ce travail.

D'une part, il propose un volet de formations, de conférences, d'informations – via une newsletter et les livres Temps d'Arrêt – aux professionnels. D'autre part, des actions de

sensibilisation visent le public (livres, spots tv, autocollants...).

Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: un tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.



Une action de la Communauté française

Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite à chaque
élève de 4^{ème} primaire



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via
les associations fréquentées
par les adolescents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
crèches, écoles, associations
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
écoles, associations fréquentées
par les parents