

La perte d'un fœtus ou d'un tout jeune bébé n'est pas une mort comme une autre et entraîne un travail de deuil singulier pour la mère comme pour le père.

Du fait de la complexité de cette perte, les couples sont contraints, au-delà de leur douleur, à entreprendre un travail de deuil inédit qui peut devenir source de créativité s'il est accompagné. Au-delà des parents, la mort prénatale a un impact sur les enfants aînés, ceux à venir et les grands-parents.

Malgré les mouvements de ces dernières années, tant au niveau des équipes soignantes que plus largement de la société, ce sujet reste difficile à considérer tant il engage des émotions impensables pour tous, également du côté des professionnels. Ce texte leur donne des pistes de compréhension de ce deuil particulier et de la prise en charge des grossesses suivantes qui en porteront fortement la trace.

Docteure en psychologie, Jessica Shulz est psychologue clinicienne. Après avoir travaillé en néonatalogie, elle exerce désormais en pédopsychiatrie. Elle a réalisé sa thèse de doctorat sur la grossesse suivant une interruption médicale de grossesse pour raison fœtale.

Marie-José Soubieux est pédopsychiatre et psychanalyste. Elle travaille notamment en centre périnatal où elle co-anime un groupe de mères endeuillées d'un fœtus ou d'un très jeune bébé. Elle est l'auteure de plusieurs livres dans le domaine de la périnatalité dont *Le berceau vide*, Erès, 2008.

yapaka.be

Coordination de la prévention
de la maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



LE DEUIL PRÉNATAL

JESSICA SHULZ - MARIE-JOSÉ SOUBIEUX

106 yapaka.be

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

LE DEUIL PRÉNATAL

Jessica Shulz
Marie-José Soubieux

yapaka.be

Le deuil prénatal

Jessica Shulz

Marie-José Soubieux

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. 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. – 8 parutions par an.

Directrice de collection : Claire-Anne Sevrin assistée de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin et Habiba Mekrom.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'Enseignement, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse, Administration générale des Maisons de Justice, Administration générale du Sport, Administration générale de la Culture et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de projets : Stéphane Albessard, Gaëlle Amerijckx, Mathieu Blairon, Nicole Bruhwylter, Olivier Courtin, Marie Darat, Anne-Marie Dieu, Stephan Durviaux, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Farah Merzguioui, Isabelle Pistone, Jessica Segers, Marie Thonon, Nathalie Van Cauwenberghe, Françoise Verheyen.

Comité directeur : Frédéric Delcor, Liliane Baudart, Annie Devos, Stephan Durviaux, Lise-Anne Hanse, Alain Laitat, Benoit Parmentier, André-Marie Poncelet

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Novembre 2018

La mort prénatale	7
Une mort dans le temps particulier de la grossesse.	7
La mort d'un être singulier, fœtus, bébé, enfant, projet...	9
Le diagnostic anténatal : l'annonce, la décision, l'attente, l'interruption médicale de grossesse, la poursuite de la grossesse	10
La perte d'un jumeau.	13
Le deuil prénatal	18
Le travail de deuil prénatal	18
Accoucher d'un bébé mort	23
La perte d'un enfant pour le conjoint ou la conjointe	24
Perdre son petit frère ou sa petite sœur	26
Les grands-parents	28
L'accompagnement soignant et les rituels funéraires	29
La grossesse d'après et l'enfant suivant	35
La question du délai	35
Vécu de la grossesse suivante	36
Attachement prénatal et rêverie maternelle	39
Quelle place pour ce bébé né après une perte prénatale? ..	41
Le groupe de parole, un accompagnement spécifique des parents	44
Les associations	45
Les groupes psychothérapeutiques	45
L'équipe soignante	51
Le vécu de l'équipe soignante	51
Accompagner l'équipe	54
Bibliographie	57

La perte d'un fœtus n'est pas une mort comme une autre et entraîne un travail de deuil singulier, pour la mère comme pour le père. Malgré les mouvements de ces dernières années, tant au niveau des équipes soignantes que de la société, ce sujet reste insuffisamment considéré et un travail d'information et de sensibilisation est toujours nécessaire.

Collusion insupportable entre la vie et la mort, bousculant l'ordre des générations, la mort prénatale survient dans la fragilité de la grossesse, s'incrétant dans la chair de la mère, questionnant la représentation parentale du bébé qui n'a pas vécu hors du ventre de sa mère – fœtus, bébé, enfant, projet...

Si les contextes cliniques sont variés – mort fœtale in utero, décision d'interruption médicale de grossesse (IMG) ou de poursuite de la grossesse suite à un diagnostic anténatal, mort d'un jumeau in utero – il n'en reste pas moins qu'ils présentent tous la même particularité : l'enfant existe essentiellement à travers les traces laissées dans le psychisme de ses parents.

Ainsi, du fait de la complexité de cette perte, les couples sont contraints, au-delà de leur douleur insondable et incommunicable, à entreprendre un travail de deuil inédit, qui leur semble parfois insurmontable mais qui est aussi souvent source de créativité. Chaque membre du couple parental vit ce deuil de façon subjective et dans une temporalité différente. Afin d'accompagner au mieux les familles, des lois sont votées dans certains pays et des rituels sont proposés au sein même de la maternité mais aussi par les services funéraires.

Après une perte prénatale, plus rien ne sera comme avant et la grossesse qui suivra, lorsqu'elle pourra se produire, en portera fortement la trace. Aux affects dépressifs des parents s'ajoute l'angoisse que l'événement ne se reproduise. La grossesse s'intriquera avec le processus de deuil de manière singulière pour chaque femme, chaque couple, nécessitant une prise en charge propre aux vécus de chacun. Une recherche¹ que nous menons depuis 2011 à la maternité de Necker-Enfants Malades (Paris) confirme bien ces observations cliniques.

De par sa nature traumatique, le deuil prénatal peut raviver d'autres traumatismes non élaborés bloquant alors le processus de deuil. L'approche groupale, tels que les groupes de mères, de pères et de couples, est un des outils thérapeutiques particulièrement bénéfiques pour accompagner les parents.

Force est de constater que la mort prénatale va nécessiter un travail d'élaboration psychique tout à fait singulier chez les parents mais aussi une approche particulière des équipes médicales et des psychiatres et psychologues qui vont devoir affronter cette clinique du traumatisme, du deuil et de la périnatalité. Ainsi, la prise en compte de la souffrance psychique des équipes doit faire partie intégrante du travail pluridisciplinaire entrepris dans ces situations. Mais il faut aller plus loin et élargir notre attention aux réseaux de soins, aux groupes associant professionnels, parents, personnel des chambres mortuaires, pompes funèbres... Intégrer l'enseignement de l'accompagnement au deuil prénatal dans les écoles de sages-femmes, de puéricultures, d'infirmiers et à l'université est également indispensable.

Une mort dans le temps particulier de la grossesse

La grossesse, la naissance, comme le deuil, sont des étapes de vie que nous pouvons qualifier de crises, c'est-à-dire un temps d'importants remaniements psychiques et physiques. Qu'advient-il de ces états mentaux particuliers lorsqu'ils se superposent, lorsque le bébé vient à se dérober et confronter les parents à sa perte ? Pendant la grossesse, la perte de l'enfant est une crise dans la crise. Si lors de la grossesse 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 mères. Le futur enfant est alors investi dans l'ambivalence.

La grossesse est une expérience psychique et corporelle inédite, même pour les multipares. La femme aura à investir libidinalement son corps et son psychisme enceints avant de pouvoir se tourner de plus en plus vers son bébé en devenir. L'enfant in utero peut être investi à la fois comme une partie du corps de la mère et du psychisme des parents mais aussi comme un autre, un être différencié de soi. Cette différenciation tarde parfois et ne se fait qu'en fin de grossesse, voire après la naissance. La question de l'investissement du fœtus et de son humanisation est essentielle dans la problématique soulevée par le deuil prénatal. Considérer le fœtus comme un humain, un rien, un parasite ou un monstre n'est pas équivalent et entraînera un travail psychique différent par la suite.

L'échographie obstétricale révèle et amplifie tous ces

1. Recherche sur la grossesse qui suit une IMG et l'enfant qui naît après : S. Missonnier, M-J Soubieux, B. Beauquier, J. Shulz, D. de Wally, M-E Mériot

aspects. Le sentiment d'intégrité, déjà fragilisé par l'état de grossesse, est alors menacé et peut laisser place à un vécu d'étrangeté car les frontières entre le dedans et le dehors du corps de la mère sont estompées. Les limites entre l'imaginaire et le réel sont modifiés. 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. Comment réagiront-elles lorsqu'une malformation sera découverte, les obligeant à faire croître un fœtus malade dans leur chair? Parfois elles demanderont avec insistance une interruption médicale de grossesse (IMG), ne pouvant supporter cette « chose monstrueuse » abritée par leur ventre. Quelles traces seront laissées par ces vécus sensoriels lorsque le bébé vient à mourir? C'est aussi dans le corps que les femmes puisent ce qu'il peut rester de vivant du passage du bébé qui n'est plus. Ce corps va en porter la trace, parfois douloureusement, au travers de plaintes somatiques chroniques ou survenant à certaines dates clefs, plaintes qui peuvent être l'unique expression du chagrin des femmes. Parfois, les formes prises pendant la grossesse tardent à s'estomper et les femmes perdent souvent du poids en parallèle au travail psychique du deuil.

De leur côté, les pères vivent également des remaniements psychiques et identitaires au cours de la grossesse. Ils rapportent souvent leur sentiment de ne pas être suffisamment pris en compte dans les maternités. Le diagnostic anténatal va les toucher au plus profond de leur vécu de transmission générationnelle. Lors de l'annonce, ils vont souvent sentir la nécessité de se montrer forts et soutenant auprès de la mère mettant en retrait leur propre chagrin. Et pourtant, leur vécu est très douloureux et une attention doit leur être portée. La temporalité est ainsi différente de celle des mères, pour qui le désespoir est d'emblée présent et visible, alors que chez les pères, il va falloir souvent quelques

semaines pour que la tristesse et la colère puissent émerger. Il n'est alors pas rare de voir des effondrements dépressifs graves.

La mort d'un être singulier, fœtus, bébé, enfant, projet...

Lorsque l'enfant n'est pas né vivant et n'est ni connu ni reconnu, quelles formes prend-il dans la tête des parents? 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. 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. Ange gardien, monstre persécuteur, fantôme errant, quelle forme va-t-il revêtir après sa disparition? D'ailleurs, va-t-il prendre une forme ou demeurer une chose informe empêchant tout travail d'élaboration?

Plus la grossesse avance dans le temps, plus le statut du fœtus en tant qu'humain se précise sur le plan légal. Dans des pays comme la France ou la Belgique, c'est le fait de ne pas attribuer de statut juridique au fœtus qui permet la loi sur l'IVG et l'IMG. Les professionnels, représentants de la société, décident collégalement, à la demande des parents en devenir, selon la gravité et la curabilité de la pathologie, si la vie du fœtus se poursuivra : si l'atteinte n'est pas jugée « d'une particulière gravité », ou est réparable, l'IMG est refusée et la grossesse se poursuit ; si la pathologie est grave ou irréparable, l'interruption est acceptée à n'importe quel terme de la grossesse et le statut du fœtus devient de nouveau précaire. Il appartient alors aux parents, et surtout à la mère, puisque c'est elle seule qui signe la demande d'IMG, de décider de son avenir immédiat. L'IMG vient alors questionner au plus profond le sens du statut humain et de sa fragilité.

Le diagnostic anténatal : l'annonce, la décision, l'attente, l'interruption médicale de grossesse, la poursuite de la grossesse

Une mort prénatale peut survenir de manière accidentelle, comme lors d'une fausse couche ou d'une mort fœtale in utero (MFIU). Dans le cadre de la législation française et belge, elle peut également se produire par interruption de la grossesse (IMG)². Chaque situation va mettre en jeu des problématiques, des fantasmes et des représentations différentes.

L'annonce

Le plus souvent, c'est lors d'une échographie que tombe le premier couperet : découverte d'une mort fœtale in utero ou malformation. Cette annonce constitue un traumatisme à la fois pour les parents et pour l'échographiste qui détecte la malformation et doit l'annoncer. Chacun va réagir différemment en fonction de son histoire, de ses représentations, de ses mythes familiaux et des traumatismes anciens qui peuvent alors être réactivés. Le fœtus peut alors être brutalement désinvesti car le fœtus/bébé ne peut plus être l'objet sur lequel se projette l'enfant imaginaire, il n'est plus capable de remplir son mandat transgénérationnel.

Dans certains services, quand le médecin décèle une anomalie, il décrit l'ensemble du fœtus avant de parler de l'anomalie pour ne pas réduire le fœtus à cette malformation. Souvent le diagnostic se fait en plusieurs étapes. La succession d'exams et d'annonces peut parfois être vécue de façon traumatique mais elle permet également aux parents la mise en place d'une angoisse signal anticipatrice, évitant une sidération de la pensée, plus souvent présente lorsqu'une mort fœtale est découverte.

2. En Belgique et en France, les législations prévoient que l'interruption de la grossesse peut être pratiquée à tout moment dès lors que la grossesse met en péril grave la santé de la mère ou lorsque le fœtus est atteint d'une affection grave et incurable. Cette gravité relève toujours de l'appréciation de deux médecins.

Décision, attente, entretien préalable

Le temps d'attente qui succède à l'annonce est fondamental, même si souvent il semble inutile et insupportable pour les futurs parents qui voudraient se débarrasser au plus vite de cette proximité avec la mort.

Lors de l'annonce d'une malformation, le médecin conseille souvent aux parents de rencontrer les spécialistes concernés par la pathologie fœtale. La possibilité d'une IMG peut être évoquée. Il est fondamental que les parents puissent contacter les équipes autant de fois qu'ils le souhaitent à la suite de cet entretien afin de cheminer au mieux dans leur décision. En effet, la demande d'IMG émane des parents, même si elle s'appuie la plupart du temps sur un avis médical. En France, la prise de décision se fait ensuite par un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) et repose sur un avis collégial, bien codifié par des textes de loi. Cependant, chaque situation est évaluée en prenant en compte les problèmes éthiques, psychologiques et religieux, parfois difficiles à résoudre. En effet, il n'y a pas de liste de pathologies préétablie autorisant ou non l'IMG.

Les parents et l'équipe médicale sont détenteurs d'un pouvoir complexe à assumer. Les parents souhaiteraient parfois que le fœtus meure seul pour ne pas avoir à prendre la décision. Ils ne parlent plus du bébé, les femmes ne touchent plus leur ventre et leurs compagnons ne s'en approchent plus. 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.

La crainte d'avoir enfanté un monstre vient réveiller des peurs anciennes 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 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.

L'équipe médicale doit être attentive à leur laisser leur place de parents sans pour autant faire peser sur eux seuls le poids de la décision. Le délai proposé peut leur permettre de mieux comprendre le diagnostic et les conséquences de la pathologie de leur futur enfant. Cela doit être un temps d'accompagnement et de présence favorisant l'élaboration de la pensée. En effet, la prise en compte des sentiments d'ambivalence amène fréquemment un réaménagement des positions affirmées aussitôt après l'annonce.

Dans la plupart des services, un entretien avec la sage-femme est proposé avant l'IMG ou l'accouchement d'un bébé mort. Elle explique aux couples le déroulement de l'hospitalisation, de l'accouchement et de l'IMG. La sage-femme aborde aussi la possibilité de voir le fœtus, 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 à l'état civil et l'inscription sur le livret de famille, les congés de maternité et paternité. Ces entretiens sont très compliqués à mener et demandent de la part de la sage-femme des grandes qualités d'écoute et d'empathie, mais aussi de mise à distance des émotions. Cet entretien mobilise l'angoisse signal des parents c'est-à-dire une forme d'angoisse qui leur permet une anticipation adaptative et créative de la situation au lieu de les laisser dans une angoisse automatique, sidérante, désorganisatrice.

Lorsque les parents décident l'accompagnement en soin palliatif

De plus en plus fréquemment, des parents demandent à continuer la grossesse tout en sachant que leur bébé

mourra à la naissance. Ce choix n'est pas toujours guidé 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 des équipes pédiatriques et obstétricales 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 nous racontait qu'elle s'était sentie très mal quand son médecin lui a 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.

La perte d'un jumeau

Perdre un jumeau au cours de la grossesse ou à la naissance est une situation où la singularité du deuil périnatal atteint son paroxysme car à la particularité de la perte périnatale s'associe celle de la gémellité.

Si porter deux enfants peut renforcer la toute-puissance de la femme devenant mère et son sentiment de plénitude, cela peut aussi en revanche nécessiter un travail difficile d'acceptation progressive (qui peut d'ailleurs parfois conduire à la décision d'interrompre la grossesse ou de demander une réduction embryonnaire).

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.

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 dans le psychisme des parents qui peuvent avoir parfois des conséquences sur le jumeau survivant. La coexistence de la vie et de la mort, impensable déjà 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, chevêtrés, emmêlés, le mort reposant sur le vivant qu'il empêche de grandir, le vivant grandissant aux côtés du mort qu'il maintient présent. 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 parfois cette mort. Ce clivage peut inquiéter les équipes. En effet, parfois les femmes ne parlent que du jumeau vivant pendant la grossesse, faisant craindre l'oubli du mort même s'il n'en n'est rien.

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

L'idée d'une menace virtuelle de l'un des enfants sur l'autre, de la représentation d'un danger, voire

d'un châtiment 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 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.

Et puis vient l'accouchement. Peut-on imaginer accoucher d'un enfant vivant en même temps que d'un enfant mort ?

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 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. Il 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 (le jumeau vivant) » 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 entre ces deux bébés qui prennent des chemins opposés, le chemin de la vie et le chemin de la mort, mais dont les destins étroitement mêlés.

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.

Pour ces femmes, pour ces hommes, ce n'est pas seulement le deuil d'un enfant qu'il faut 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 ! ».

La présence de l'enfant 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. 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 « entretenue » 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 interrogent souvent sur le vécu du jumeau survivant, véritable mystère pour eux. La mère le regarde parfois avec inquiétude comme s'il avait vécu des choses effroyables qu'elle n'a pas connues : « Il a déjà connu la mort, il en sera marqué pour toujours. » Elle craint que son jumeau lui manque toujours, qu'il souffre d'une solitude insurmontable. Ce sont sans doute leurs propres sentiments qu'elles projettent sur leur bébé. Sans doute pour elle une manière de garder vivante la mémoire du jumeau mort. On peut s'interroger sur les traces sensorielles que gardera le jumeau survivant de son séjour utérin avec son frère ou sa sœur. Nous savons bien que le jumeau survivant a vécu une expérience singulière. À partir d'un certain seuil de développement, il a partagé une sensorialité particulière avec son jumeau. Que lui restera-t-il de

cette présence vivante, qui soudain s'est faite silence ? Nous pouvons nous interroger sur la place que prendra l'enfant mort sur la construction identitaire de l'enfant vivant : fantôme errant persécuteur se rappelant sans cesse à son souvenir à chaque nouveau pas dans la vie ou bien ange gardien bienveillant ? Bien sûr, le curseur entre ces deux extrêmes est variable et se modifie tout au long de la vie. Il sera aussi fonction de la construction des parents et de l'accompagnement au moment de la perte.

Le deuil prénatal

Le travail de deuil prénatal

Peut-on vraiment parler de deuil au sens habituel du terme lorsqu'il s'agit de la mort d'un fœtus, d'un bébé en devenir, d'un enfant du dedans ?

Le chaos dans l'ordre naturel des choses, l'entrée fracassante de la mort au moment même du surgissement de la vie, c'est bien cela qui rend ce deuil si singulier, si difficile, voire infaisable. 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 : il ne peut s'accomplir selon lui que si la personne endeuillée a dans son champ mental une représentation de l'objet perdu. Or les représentations parentales du bébé sont variables. En effet, les parents perdent une partie d'eux-mêmes et tout ce qu'ils avaient projeté dans la relation au bébé.

La mort du fœtus réalise une véritable fracture psychique dans le processus de parentalisation. Ils ne seront pas parents de cet enfant-là. Cette interruption brutale n'a pas arrêté tous les bouleversements psychiques de la grossesse : remaniements identitaires, ambivalence, identifications aux parents... qui vont avoir à trouver d'autres modes de résolution.

La colère

La rage, la colère à l'égard du monde et plus particulièrement des femmes enceintes et des bébés, peuvent être exacerbées 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 « bon maintenant ça va, c'est fini avec ton truc, faudrait passer à autre chose ! ». Les hommes ne sont pas épargnés par cette indifférence : souvent 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. Colère qui peut alors aussi se projeter sur les soignants.

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, dans sa tête et 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.

La honte et la culpabilité

La culpabilité est souvent présente chez les femmes enceintes après une IMG ou une mort fœtale in utero (MFIU). La culpabilité peut être en lien avec la décision d'IMG et la difficulté d'assumer cette décision de « tuer le bébé » mais aussi reliée à la malformation du fœtus que les femmes s'attribuent. 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... La liste pourrait être très longue. De toute façon, les femmes se sont senties impuissantes à empêcher la mort de leur enfant et de ce fait se considèrent comme responsables. Objectivement, la malformation fœtale ne dépend pas d'elles. Il est alors possible de comprendre la culpabilité ressentie à la lumière de ce qui a été décrit par Ciccone et Ferrant dans les cas d'expériences traumatiques : se sentir coupable c'est reprendre une part active à l'évènement, c'est alors subjectiver l'expérience et par là en réduire son potentiel traumatique.

La honte est un vécu complexe qui a trait à plusieurs aspects. Le premier est le sentiment que ce qui était source de fierté devient dégradant. Le ventre jusque-là fièrement exposé devient objet à cacher parce qu'il abrite la maladie, le handicap, la mort : « Je me cachais presque, je ne voulais pas qu'on voie que j'étais enceinte ». Ce premier aspect est relié au second, celui du regard de l'autre. En effet, la honte est amplifiée lorsqu'on se sent regardé et amène à éviter ce regard. Par ailleurs, la honte entraîne une baisse de l'estime de soi, dans ce contexte en lien avec la sphère maternelle. « Je suis quand même plus vieille, je vois bien que je suis plus fatiguée, j'enchaîne les deux grossesses aussi (...) la confiance que je pouvais avoir avant dans mon corps n'est plus la même » dit une femme enceinte après une IMG. Enfin, un dernier aspect de la honte est un sentiment d'isolement et de rejet du groupe de référence (ici celui des devenants parents, des parents sans antécédents pathologiques) : « J'ai le sentiment de m'isoler, dans le sens où j'ai envie de voir personne. Ça me met mal à l'aise, j'ai pas envie de voir du monde ». Ce sentiment est renforcé par le malaise qui socialement entoure cet évènement. Les femmes disent souvent ne pas se sentir comprises par grand nombre de leurs amies ou par leur famille. Lorsqu'elles retournent travailler, leurs collègues sont très gênés et ne savent plus comment se comporter avec elles, voire peuvent faire preuve d'une forme de violence,

comme ce manager qui dit à une femme après la mort de son enfant un mois auparavant : « C'était quand ton truc déjà ? Il faudrait peut-être te remettre au travail maintenant ».

Les destins du fœtus

Survivre à l'évènement 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 prénatale en attendant que soit possible une reconnaissance psychique de la mort. Parfois elles resteront fixées et pourront conduire à des états pathologiques.

Parfois, le fœtus prend la place d'un objet nostalgique. C'est une évolution rencontrée assez fréquemment dans la clinique et qui semble relativement « vivable ». Elle permet de continuer à penser à l'absent, de le faire revivre sous condition et de lui donner sa place. Cet investissement nostalgique permet de contourner la perte de l'enfant et 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, d'autres parents ont cherché à faire une histoire à leur bébé mort. Pour élaborer sa perte, ils se sont servis 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 pourrait dire que le deuil consiste à faire accomplir à l'enfant

une vie, sa vie. 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 est si profonde que le fœtus peut devenir un objet mélancoliforme. Tout comme le mélancolique qui ne sait pas ce qu'il a perdu lorsqu'il perd une personne aimée, les couples ne savent pas ce qu'ils ont perdu lorsque leur bébé meurt avant terme. Cet enfant détenait 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 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 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 particulièrement douloureuse peut entraîner une restriction importante de la vie. Cependant elle peut s'atténuer et s'élaborer au fil du temps et du processus de deuil.

C'est aussi dans l'écriture, la peinture ou la sculpture que des femmes 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, telles que l'incorporation, qui peuvent donner lieu à des psychoses dans les générations ultérieures. En effet, dans

certaines formes où la douleur est insupportable, la femme, le couple peuvent recourir au déni, qui peut alors avoir 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, plus rares, où le déni perdure et conduit à un fantasme d'incorporation qui évite le travail douloureux du deuil.

Le plus souvent cependant, la vie se poursuit avec une partie de soi endeuillée et une autre tournée vers la vie avec la venue d'autres enfants ou la mise en place de nouveaux projets.

Accoucher d'un bébé mort

Bien que certaines femmes soient horrifiées lorsqu'on leur explique que l'accouchement aura lieu par voie basse et qu'elles seront conscientes, l'accouchement fait partie du processus de maternité et certaines femmes le revendiquent ensuite. Elles ont porté le bébé, dans leur corps et dans leur tête, et en accouchant sont devenues mères. Pour d'autres, si l'équipe pense que l'accouchement ne sera pas supporté, il est nécessaire, en accord avec les patientes, de les endormir.

Dans tous les cas, ces moments sont particulièrement difficiles à vivre pour le couple, qui est alors confronté à la réalité du diagnostic, à la réalité du corps de l'enfant. Lorsque ce sont des femmes primipares, l'accouchement est déjà un moment angoissant et inconnu. Lorsqu'il s'agit de donner naissance à un enfant mort, il y a une confrontation de représentations inconciliables. Le rôle de l'équipe soignante est alors primordial : il s'agit de rassurer la mère sur sa propre santé et de lutter contre la panique. 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. ».

L'accouchement d'un fœtus/bébé mort est une expérience qui comporte une part importante de violence pour les femmes. Cette expérience a un fort potentiel traumatique et entraîne le recours à des mécanismes de défense. Penser l'accouchement comme un moment heureux est alors une façon de dénier la mort du fœtus. Pour certaines femmes, l'accouchement participe d'un mouvement de reconstruction de soi et de son intégrité corporelle. Une mère se dit « contente de l'avoir sentie passer » alors qu'elle pensait que la dose d'anesthésiant l'en empêcherait. La péridurale ayant mal fonctionné, elle a ressenti la douleur et dit « Je me souviens de cette sensation mais c'est pas directement traumatisant, c'est plus quelque chose même un petit peu pas un trophée mais enfin... Je sais pas comment dire...peut-être valorisant ». Cela lui permet aussi de partager avec ses amies mères l'expérience de l'accouchement. Pour certains hommes, c'est au moment de l'accouchement du bébé mort qu'ils se sentent devenir pères.

La perte d'un enfant pour le conjoint ou la conjointe

La perte prénatale entraîne une crise au sein du couple, qui est mis à rude épreuve, voire conduit à sa rupture. Le décalage temporel, le décalage dans le vécu et l'expression des émotions ainsi que le décalage social en sont les principales raisons. L'homme essaye souvent de soutenir sa compagne, n'osant pas alors parler du bébé mort, ce que la mère interprète comme un manque d'intérêt et un effacement de l'événement. Ces impressions sont d'autant plus accentuées que dans notre société occidentale, les hommes se sentent moins autorisés à exprimer leurs émotions. Néanmoins, certains couples se sont fortifiés, étonnés eux-mêmes des liens d'attachement plus grands et d'un nouveau rapport plus riche entre eux. Le devenir du couple va dépendre de la tolérance et de la compréhension que chaque partenaire a de sa

propre souffrance et de celle de l'autre, en lien avec la manière intime de chacun de faire son travail de deuil : si on sait les aider, les écouter, ils pourront accepter et respecter leurs différences dans leur façon de vivre ce drame et de le surmonter.

Si chez la femme, le travail de maternité s'appuie sur un vécu corporel, chez l'homme il se fonde sur l'imaginaire, la loi et la parole de sa femme qui le reconnaît comme père de l'enfant à venir. La grossesse est l'occasion pour l'homme de revisiter des fantasmes infantiles en se confrontant à l'arrivée d'un rival dans l'amour de sa compagne et à la différence des sexes, puisqu'il ne peut pas porter de bébé ni l'allaiter. Le devenir père constitue une étape fondamentale dans la vie de l'homme, tant du point de vue narcissique que social. La perte d'un enfant au cours de la grossesse est donc particulièrement effractante en cela qu'elle provoque un sentiment d'effroi et de perte des limites entre intérieur et extérieur.

Des hommes rapportent parfois leur sentiment de ne pas être pris en compte lors de l'accompagnement d'un deuil prénatal. Pourtant, ce soutien est nécessaire car cette mort va avoir des conséquences psychopathologiques et entraîner des modifications notables dans le processus de paternité.

Chez les couples de femmes, nous avons pu observer auprès d'un échantillon restreint des aspects différents du deuil prénatal. Souvent ces femmes font le choix d'alterner la grossesse : l'une porte l'enfant pour une première grossesse puis l'autre pour la grossesse suivante. Lorsqu'une perte prénatale survient, les conjointes semblent exprimer dans leur souffrance une identification projective à la femme enceinte. La douleur s'exprime très fortement, parfois de façon plus bruyante que chez celle qui portait l'enfant, convoquant une forme de grossesse psychique singulière que la perte du fœtus/bébé met en exergue.

Perdre son petit frère ou sa petite sœur

Les aînés sont toujours touchés par la mort du bébé attendu même s'ils n'en laissent rien paraître. Ils sont inquiets du 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, ce qui entraîne une grande agressivité, qui peut se concrétiser en souhaits de mort, en désir que la grossesse s'arrête. Si cela s'actualise dans la réalité il faudra être attentifs à la culpabilité qu'il peut ressentir et le rassurer : il n'est pas responsable de la mort du bébé.

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'aide à reprendre le rythme de la vie quotidienne.

Maintenir les habitudes de l'enfant en le conduisant à la crèche ou à l'école peut l'aider à reprendre ses repères et à être plus à distance du vécu douloureux de ses parents. Il peut être parfois utile que les grands-parents ou la famille gardent les enfants aînés. Il sera aussi important de le rassurer sur la bonne santé de sa mère.

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 ? 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 semble important de pouvoir lui donner des explications compatibles avec son âge, sa maturité et les représentations qu'il a de la mort selon sa culture et sa tradition familiale. Il n'est pas nécessaire de tout dire aux enfants. Certains détails appartiennent aux parents en tant que couple conjugal. 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 l'interruption de la grossesse. Cela les mettrait dans un rôle de bourreaux où ils auraient 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. Cela serait très inquiétant si la vie continuait comme avant sans rien en dire alors que sa maman a disparu pendant quelques jours de la maison et est revenue avec un ventre aplati et le visage triste. Il pourrait penser alors 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. Celle-ci 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 générationnelle.

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.

L'accompagnement soignant et les rituels funéraires

L'accompagnement soignant

Dans le contexte d'une mort prénatale, les réactions de l'équipe de soins et les différents gestes proposés aux parents sont d'une importance majeure. Il est assez communément reconnu que la présentation de l'enfant aux parents, ainsi que les différents rituels proposés - nommer, photographier, organiser les obsèques de l'enfant - sont salutaires. Pour certains auteurs, la présentation de l'enfant semble essentielle pour permettre aux parents de se confronter à la perte. Cependant, une étude³ comparant les femmes ayant vu et touché leur enfant mort à celles ne l'ayant ni vu ni touché a

3. Hughes P. et al., « Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth : a cohort study », The Lancet 360, no 9327 (2002) : 114-18.

montré des résultats inverses. En effet, il apparaît que les femmes ayant vu et touché le bébé sont plus déprimées et ont des symptômes plus intenses de stress post-traumatique. Par contre, l'enfant suivant aura un modèle d'attachement plus fréquemment désorganisé (dans cette forme d'attachement, les enfants n'ont pas la capacité de gérer le stress de la séparation) que ceux des mères n'ayant ni vu ni touché leur enfant mort. Néanmoins, il n'est rien dit dans cette étude de la façon dont la présentation s'est faite et comment elle a été vécue par les parents et les équipes. Il n'est pas sûr que la temporalité psychique des parents ait été prise en compte et de ce fait la représentation de leur enfant : déjà un bébé ou seulement un fœtus, ou encore un morceau de chair. ...

« Si le couple considère clairement que cette IMG ne représente pas la mort d'un bébé, mais l'échec d'une grossesse, les incitations répétées à voir le fœtus et à le toucher peuvent être ressenties comme des pressions pour personnaliser un décès qu'ils ne perçoivent pas comme tel et, par conséquent, comme un non-respect de leur position parentale.⁴ »

Une autre étude a montré que la rencontre insuffisamment préparée des parents avec leur bébé mort comporte une grande potentialité traumatique. 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 même 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.

Aujourd'hui il est impossible de trouver dans la littérature une preuve scientifique de la nécessité de voir et de toucher le bébé pour entreprendre l'élaboration du deuil. Des enquêtes ont été menées, mais aucune ne fait clairement apparaître des résultats de cet ordre, et la plupart ne sont pas statistiquement pertinentes. 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 et dans la représentation de leur enfant.

Les rituels funéraires

Sous l'impulsion des parents endeuillés, les lois ont été récemment modifiées en France. Depuis 2009, le bébé peut être inscrit sur le livret de famille et bénéficiaire d'obsèques quels que soient son terme et son poids. Toutefois, la reconnaissance de l'enfant ne peut se faire qu'après quinze semaines d'aménorrhée afin de tenir compte du terme de l'IVG. En effet, il aurait été juridiquement et symboliquement compliqué de permettre au même terme à la fois l'IVG et la reconnaissance de l'enfant mort. En Belgique, passé le 180ème jour de gestation, l'enfant est inscrit à l'état civil, mais avant ce terme il ne peut pas l'être. La plupart des maternités proposent aux parents différents rituels : voir le bébé, le porter, conserver des photos, prendre des empreintes de pied et de main, garder le bracelet de naissance du bébé, organiser les obsèques eux-mêmes ou les confier à l'hôpital (cette option est donnée en France peu importe le terme de naissance, tandis qu'en Belgique, passé la 26ème semaine, les parents sont tenus d'organiser les obsèques)...

La plupart des parents qui choisissent des obsèques individuelles disposent d'un caveau familial et « confient » ainsi leur enfant aux ascendants. Lorsque les obsèques sont prises en charge par l'assistance publique, le nom de leur enfant ne sera inscrit nulle part au cimetière, c'est souvent ce qui oriente les parents

4. Bitouzé V., « Mort périnatale et processus de deuil », in Psychopathologie périnatale, par M. Bydlowski et D. Candilis, Monographies de psychopathologie (Paris : Puf, 1998), p.53.

vers le choix d'obsèques individuelles. L'absence d'inscription nominative lorsque les obsèques ne sont pas individuelles les oriente souvent vers ce choix. Cela permet aussi à certains hommes de s'inscrire d'avantage comme père.

D'autres parents choisissent les obsèques publiques dans un espace collectif, qui leur permettent d'associer leur douleur à celle d'autres parents endeuillés. L'idée que leur enfant puisse être avec d'autres bébés les apaise. Beaucoup ne se sentent pas la force d'organiser des obsèques dans ce moment si traumatique. Pour ceux qui n'ont pas le sentiment de perdre un bébé, des obsèques n'ont pas de sens mais les soulagent néanmoins car ils savent que le corps du fœtus sera traité avec respect. Ils demandent souvent à l'hôpital de les prévenir du jour où le corps sera incinéré.

Aujourd'hui, en région parisienne, la division 94, appelée « Jardin des lumières » par les services funéraires et « carré des anges » par les parents, est le terrain commun périnatal. Cet espace, qui appartient au cimetière, est divisé en deux lieux : l'un pour les obsèques individuelles et l'autre pour les obsèques collectives.

Les parents qui souhaitent des obsèques individuelles mais qui n'ont pas de caveau familial ou qui ne veulent pas acheter de concession peuvent utiliser cet espace. Les enfants (nés vivants et nés sans vie) y sont enterrés individuellement et gratuitement pour une durée de cinq ans. La concession n'appartient pas à la famille et seul le prénom est inscrit sur la plaque funéraire par le cimetière.

Au centre de cette division 94 se trouve la stèle du souvenir, réservée aux enfants dont les parents ont souhaité des obsèques collectives. Lors d'une cérémonie, les médaillons symboliquement représentatifs des enfants sont placés au pied de cette stèle dans un puits. Auparavant ces enfants ont été incinérés

au cimetière du Père Lachaise, accompagnés d'un médaillon car il n'y a pas de cendres pour des bébés si jeunes. Depuis octobre 2016, il y a un espace au cimetière du Père Lachaise, « espace des tout petits », avec une stèle dans laquelle il y a une encoche permettant de glisser ces médaillons.

Une fois par trimestre, une cérémonie publique a lieu au Père Lachaise, « la cérémonie des tout petits ». On peut s'y rendre sans inscription et ceux qui le souhaitent sont les bienvenus (parents, grands-parents, amis...) Elle est animée par deux maîtres de cérémonie.

Lors de la cérémonie collective du Père Lachaise, les prénoms des enfants dont les parents sont présents ce jour sont cités en début et en fin de cérémonie. Il est aussi proposé aux parents qui le souhaitent d'écrire et/ou de prononcer quelques mots, un discours, ou de réciter un poème. Des temps de recueillement sont aussi prévus. Ces éléments, qui permettent aux parents de se sentir actifs dans la cérémonie, sont extrêmement importants. En effet, les parents qui ont fait le choix de ne pas avoir d'obsèques individuelles pour leur bébé ont besoin d'un espace de commémoration leur permettant de témoigner de l'existence de leur enfant perdu qui a laissé trop peu de traces palpables. La cérémonie, de par son caractère public, permet d'inscrire leur bébé et le deuil qu'ils traversent au sein de la communauté, et permet une reconnaissance de leur souffrance par le socius.

Le ton de la cérémonie est respectueux, témoignant d'un important travail de réflexion par les personnels funéraires. Les mots utilisés donnent aux parents une palette large leur permettant de se sentir entendus quelle que soit la représentation qu'ils ont de ce fœtus/bébé. Bien sûr il s'agit là d'un travail extrêmement délicat pour les maîtres de cérémonie, qui ont besoin d'être soutenus également malgré leur grand savoir-faire.

Certains parents ayant choisi les obsèques collectives auraient souhaité a posteriori pouvoir réserver un espace pour inscrire le prénom de leur enfant. Ils mettent alors en place une autre forme de rite (allumer une bougie, planter un arbre, construire un espace de mémoire chez eux ou dans un jardin, se tatouer le prénom de l'enfant, etc.) Parmi les rites choisis, certains parents créent des stèles virtuelles : des vidéos mises en ligne retraçant l'histoire de la grossesse et de la mise au monde du bébé.

La grossesse d'après et l'enfant suivant

La question du délai

Après avoir perdu un bébé, la question se pose souvent rapidement pour les couples de commencer une nouvelle grossesse. Parfois très vite, comme une urgence pour survivre, parfois avec plus de retenue. L'ambivalence, plus ou moins consciente, est souvent très forte dans ce désir de grossesse. Avant d'essayer d'être de nouveau enceinte, les femmes consultent souvent leur sage-femme ou gynécologue et les réponses sont alors différentes d'une personne à l'autre. Un rapide tour sur les forums permet de prendre la mesure de la diversité des informations données à ce sujet, des plus réservées aux plus personnelles.

Au-delà de l'aspect médical, la question du délai nécessaire pour concevoir un autre enfant suite à une mort prénatale suscite beaucoup de discussions et de controverses. Certains auteurs suggèrent d'attendre un certain temps avant de commencer une nouvelle grossesse, mais d'autres ne constatent pas de différences concernant l'évolution du deuil en fonction du délai à concevoir. D'autres encore considèrent qu'un long délai entre la mort prénatale et la conception augmente le désespoir des femmes et la difficulté à entrer en lien avec le bébé de la grossesse suivante. Enfin, pour certains, la grossesse suivante est un indice de résolution du deuil. Il apparaît donc que les études qui portent sur le « bon délai » entre la perte et la nouvelle grossesse sont contradictoires. La différence dans la construction et dans les objectifs de ces recherches peut en partie expliquer ces résultats. Néanmoins, il nous semble qu'une autre explication pourrait venir de

l'individualité et de la subjectivité de cette décision. En effet, pour chaque femme, chaque histoire, chaque couple, une nouvelle grossesse peut prendre un sens différent. Il est difficile de « différencier les mères pour qui la grossesse suivante aide à résoudre la problématique de deuil et les mères qui l'évitent »⁵. Il apparaît en tout cas que face à leur demande, les parents ont surtout besoin de l'écoute et de l'accompagnement des soignants dans leur projet plutôt que de conseils trop directifs. Néanmoins, il apparaît important que les parents reçoivent de la part des professionnels les informations sur les possibles difficultés émotionnelles d'une grossesse subséquente, ainsi que sur les risques ou les conséquences possibles de retarder ou non la prochaine grossesse.

Notre clinique nous amène à poser la question différemment : la grossesse suivante a-t-elle une fonction dans le travail du deuil prénatal ? En effet, nous avons observé que la nouvelle grossesse peut venir réveiller le travail de deuil et, par un processus créatif, le réélaborer. Il semble donc particulièrement important de permettre aux mères, lors de la grossesse suivante, de parler de ce bébé mort, de ne pas être dans le déni de son existence et de ce qu'elles ont vécu tout en restant attentif à ce que le bébé de la grossesse en cours ait aussi sa place dans le discours de la femme, et ce d'autant plus que la grossesse avance.

Vécu de la grossesse suivante

Après parfois un premier temps d'euphorie au moment de l'annonce de la nouvelle grossesse, très vite, l'anxiété surgit, rendant alors la nouvelle grossesse très difficile à envisager et à vivre.

Existe-t-il des spécificités somatiques ?

Sans faire ici une revue exhaustive des complications obstétricales qui peuvent être retrouvées lors de cette grossesse, il paraît important d'en signaler les plus fréquentes, mais également de rapporter quelques éléments récurrents dans le discours des femmes sur le vécu physique de leur grossesse.

Les sensations corporelles que décrivent ces femmes ne sont pas celles d'une grossesse ordinaire pour la grande majorité d'entre elles. Elles peuvent être empreintes de l'idée terrifiante d'avoir porté la mort dans son propre corps et d'en garder encore les stigmates : quelquefois le ventre est vécu comme un véritable tombeau qui ne peut que donner la mort. Tout semble immobile. Le ventre est à peine arrondi, inerte. Le corps n'est que lourdeur, épuisement, empâtement. Dans d'autres cas, les sensations corporelles seront amplifiées, comme une preuve de la vie possible de ce nouveau fœtus. Le drame antérieur peut conduire à vivre la grossesse avec plus d'intensité.

La grossesse est plus fréquemment accompagnée de comorbidités, telles un diabète gestationnel ou une hypertension artérielle. Les contractions utérines seront retrouvées très fréquemment ainsi que les menaces d'accouchement prématuré, ces dernières venant ainsi traduire dans le corps cette crainte de la femme de ne pouvoir être « suffisamment contenante » pour un être humain à venir.

Dans ce contexte, le conjoint peut avoir un rôle apaisant ou à l'inverse participer de l'anxiété : ne pouvant lui-même porter le bébé, il a parfois une attitude de maîtrise à l'égard de sa femme. Par exemple un homme qui se fâchait lorsque sa femme ne mangeait pas ce qu'un médecin avait recommandé, prenant ainsi soin du bébé et traduisant par là sa propre anxiété.

5. Squires C., « L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante », Cliniques méditerranéennes 69, no 1 (2004).

Que vit la femme psychologiquement ?

La nouvelle grossesse est souvent cachée et se déroule dans le silence. Les parents ne se sentent plus tout à fait capables de mettre au monde un enfant bien portant. Ils ont peur de décevoir leurs familles une nouvelle fois et leur sentiment d'estime de soi est perturbé. Souvent, leur entourage ne parle plus de la précédente grossesse, voulant se focaliser sur l'avenir. Les femmes vivent alors cette nouvelle grossesse dans une profonde solitude intérieure. Des affects dépressifs vont se manifester et plusieurs auteurs ont montré que les symptômes dépressifs étaient plus fréquents et plus intenses lors d'une grossesse qui suivait un décès périnatal que lors d'une grossesse menée à terme.

À cette humeur triste s'ajoute l'angoisse, qui semble être l'élément clinique majeur des grossesses suivant une mort *in utero*. Les couples s'empêchent de se projeter dans le futur, comme s'ils cherchaient à s'immuniser contre un événement dont ils redoutent l'issue. Ils luttent contre le désir de s'attacher à cet enfant qui pourrait se dérober à nouveau. De nombreuses études montrent un niveau d'angoisse et d'anxiété plus élevé, chez les femmes comme chez les hommes, que dans des grossesses sans antécédents. Elle est d'autant plus vive à l'approche des dates anniversaire, tant sur le calendrier que dans les stades de la grossesse suivante (terme ou date de la mort). L'angoisse de revivre la même chose, l'angoisse de découvrir les mêmes problèmes, l'angoisse de ne plus sentir le bébé bouger, l'angoisse de le voir immobile à l'échographie (...) l'angoisse de ne jamais y arriver. Ces femmes se sentent porteuses de l'immense responsabilité de devoir mettre au monde un enfant bien portant. Le vécu global de la grossesse est alors teinté par cette angoisse. Le ressenti des mouvements fœtaux n'est pas source de projection et de rêverie. Ces mouvements sont marqueurs de la vitalité du fœtus et sont source de panique lorsqu'ils s'arrêtent.

Lorsque les femmes commencent à être rassurées sur l'issue positive de cette nouvelle grossesse, par les examens médicaux mais aussi par le dépassement du terme de la mort prénatale, elles semblent reprendre confiance et pouvoir investir la grossesse et l'enfant à venir. Cet état est néanmoins fragile et soumis aux inquiétudes de chaque nouvel examen, de chaque nouvelle date. Lorsque le décès est survenu à terme, l'angoisse subsiste tout au long de la grossesse suivante.

La culpabilité est également présente lors de la grossesse suivante, notamment vis-à-vis du bébé décédé : « À chaque fois qu'on m'annonçait quelque chose de positif sur cette grossesse et du coup sur ce bébé, à chaque fois j'étais désespérée de pas avoir entendu ça pour la grossesse précédente, il y avait toujours une culpabilité vis à vis d'elle ». Des plaintes somatiques importantes au cours de la grossesse peuvent être pour les soignants un point d'appel : le sentiment de ne pas avoir le droit d'avoir une belle grossesse et de faire un beau bébé, car ce serait trahir le précédent.

Attachement prénatal et rêverie maternelle

Variations de la rêverie maternelle et difficulté d'investissement du bébé à venir

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.

En revanche, chez certaines femmes, on retrouve un vécu très différent. En effet, la première grossesse est survenue sans véritable désir mais comme l'enchaînement normal de la vie. Chez ces femmes, le décès du bébé entraîne un sentiment fort de maternité et un désir beaucoup plus grand de devenir mères. Alors la grossesse suivante est au contraire très investie, elles souhaitent profiter de chaque moment passé avec leur bébé dans leur ventre.

Différenciation des deux grossesses

Il est fréquent que, lors de la nouvelle grossesse, les représentations du fœtus mort se superposent avec celles, très pauvres, du bébé à venir. Dans d'autres cas le fœtus mort envahit tout le psychisme de la mère. En effet, les images de la rencontre avec le fœtus mort, en l'absence d'accompagnement de l'équipe soignante et d'élaboration psychique, peuvent rester figées dans la psyché parentale. Ainsi l'un des enjeux principaux de cette nouvelle grossesse est-il de permettre un travail psychique de différenciation entre les deux fœtus afin que l'enfant à naître ne se confonde pas avec l'enfant perdu et puisse avoir une identité propre tout en laissant sa place à l'enfant mort. L'accouchement, première rencontre non virtuelle avec le bébé vivant, permettra la poursuite de ce travail de différenciation.

Quelle place pour ce bébé né après une perte prénatale ?

Les différents destins de l'enfant d'après

Le destin dépendra étroitement de la place occupée par le fœtus décédé dans le psychisme des parents. Certains auteurs anglo-saxons ont décrit le « syndrome de l'enfant vulnérable » : les parents pensent qu'il est nécessaire de le protéger des dangers par une attention accrue. Les mères sont alors décrites comme ayant un comportement surprotecteur. Pour certains parents, cet « enfant d'après » n'est pas complètement à eux. C'est un prêt. Pour d'autres encore, on note une froideur de la mère vis-à-vis du nouveau bébé.

Dans de rares cas, il n'est pas différencié pour les parents de celui qui est décédé précédemment. On a parlé alors d'« enfant de remplacement », qui se caractérise par un trouble identitaire grave de l'enfant suivant. Beaucoup de parents sont inquiets car ils ont entendu parler de ce risque. Néanmoins nous n'observons que très rarement cette évolution dans les situations que nous suivons. Si l'enfant suivant peut avoir des troubles de l'attachement, des troubles fonctionnels (difficulté d'endormissement et d'alimentation), il ne présente pas de trouble identitaire. Ces difficultés ne conduisent pas forcément à des dysfonctionnements durables. Plus récemment, Diane de Wailly a introduit la notion d'« enfant palimpseste ». Selon elle, l'enfant suivant peut prendre, dans les représentations parentales, toute une gamme de coloris allant d'une absence de différenciation et d'une identification à l'enfant mort à un enfant différencié⁶.

Les premiers temps passés à la maternité peuvent être l'occasion pour l'équipe soignante de repérer des troubles relationnels précoces et d'apporter écoute et soutien aux parents. L'aide d'une puéricultrice à

6. De Wailly D., Attendre un enfant après une interruption médicale de grossesse (Toulouse : Erès, 2018).

domicile peut être très précieuse. D'autres fois, des consultations thérapeutiques parents-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.

Si la prise en charge d'une mort prénatale est aujourd'hui mieux organisée, celle de la grossesse qui suit l'est beaucoup moins. Pourtant il apparaît au vu de sa spécificité qu'une prise en charge singulière doit être pensée. De nombreuses questions se posent pour les équipes : faut-il parler du bébé mort ? Faut-il au contraire considérer les mères comme lors d'une grossesse normale pour les aider à se centrer sur le bébé actuel ?

Il est difficile de répondre de manière générale à ces questions, chaque femme ayant investi différemment le bébé mort ainsi que la grossesse actuelle. Il semble néanmoins primordial de pouvoir être, encore plus que d'habitude, à l'écoute de ces couples. En particulier, les plaintes somatiques de la femme peuvent prendre un sens différent et aider les soignants à parler de la grossesse précédente, qu'ils peuvent parfois gommer de crainte de raviver le drame. À l'évocation de douleurs ou de nausées, dire simplement « Les aviez-vous déjà à votre grossesse précédente ? » peut permettre aux mères de reparler de leur bébé mort et d'avoir le sentiment qu'il n'est pas oublié. De ce fait elles peuvent davantage investir le bébé de la grossesse actuelle. Un espace se crée pour les deux bébés. Même si elles n'évoquent pas la grossesse précédente, l'angoisse d'une mauvaise nouvelle à chaque examen est exacerbée et éminemment reliée à cet antécédent. Être alors attentif à cette angoisse et en tenir compte au cours des différentes étapes de

la prise en charge médicale est donc particulièrement important. Dans certaines maternités, un suivi plus soutenu est proposé aux femmes.

L'investissement de l'équipe soignante par les parents est très fort dans ce contexte. En témoignent les femmes qui décident de retourner faire suivre la grossesse suivante dans la même maternité où s'est déroulé le drame. Montrer à l'équipe soignante qu'elles savent faire de beaux bébés est alors un enjeu pour ces mères. Les couples attendent de la part de l'équipe soignante une attention particulière et une reconnaissance de leur vécu antérieur : « Vu notre histoire, il faut qu'ils fassent attention pour nous annoncer certaines choses, qu'ils prennent des précautions », nous dit une femme enceinte après une IMG. Ils sont souvent mécontents lorsque l'échographiste ne connaît rien de leur histoire.

Il semble également important de proposer aux couples de voir un(e) psychologue ou un(e) psychiatre à cette occasion. Ils pourront ou non s'en saisir, mais le proposer les autorise d'une certaine façon à accepter la complexité de ce qu'ils peuvent être en train de vivre et ressentir.

Le travail pluridisciplinaire est ici primordial et chaque acteur du soin a un rôle majeur à jouer dans son déroulé.

Le groupe de parole, un accompagnement spécifique des parents

La plupart du temps, les parents endeuillés se retrouvent très isolés face au drame qu'ils vivent. Il n'y a pas toujours auprès d'eux une équipe médicale bien présente et contenante. Les contacts ont pu être fugaces. Il ne leur a pas été proposé de rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Eux-mêmes ne l'ont peut-être pas souhaité. Alors comment peuvent-ils rompre cet isolement? Où peuvent-ils trouver du soutien?

Plusieurs types d'approches thérapeutiques peuvent être proposés pour les mères, les pères et les couples. Fréquemment, ce sont des consultations thérapeutiques avant et après une IMG ou une MFIU mais aussi lors de la grossesse suivante et après la naissance du puîné. Ces consultations peuvent se poursuivre par une psychothérapie individuelle. Depuis quelques années, l'approche groupale nous a semblé pertinente. En effet, à la mort et la traversée d'un terrible moment de crise et d'ébranlement identitaire s'associe le traumatisme, qui est l'une des meilleures indications de groupe. Le dispositif groupal permet de contenir les psychismes totalement désorganisés et éclatés de ces parents ayant vécu des événements très violents et destructeurs et de mettre en mots et en récit le traumatisme. Le groupe favorise également les identifications latérales des parents entre eux et l'ouverture d'un espace de conflictualisation, un espace tiers. Il leur permet aussi de se sentir à nouveau appartenir à une communauté dont ils ont été exclus. En effet, nous l'avons vu, le deuil prénatal entraîne un vécu d'isolement souvent associé à un affect de honte. Le groupe de parole peut être complémentaire d'un suivi individuel.

Les associations

De plus en plus, les femmes et les hommes dialoguent entre eux par internet sur des forums. S'ils peuvent rompre l'isolement au départ, les forums donnent vite aux parents le sentiment de ne pas pouvoir élaborer leur vécu dans ces espaces virtuels.

Les groupes d'entraide de parents endeuillés sont alors un relai souvent nécessaire. Peu nombreux encore, ils sont souvent animés au sein d'associations par des bénévoles pouvant être des parents ayant vécu eux-mêmes un deuil.

Ces groupes sont en général mensuels. Ils permettent de se retrouver entre parents pour partager une expérience commune dramatique et ainsi faciliter les échanges de parole et la mise en mots de l'impensable de ces situations. Ils ne sont pas des espaces de psychothérapie mais des lieux d'échanges et de partage.

Les groupes psychothérapeutiques

D'autres espaces sont proposés par des psychothérapeutes et sont souvent co-animés. Plus qu'un lieu de reconnaissance par un tiers du dommage subi, le groupe de parole doit pouvoir constituer un espace de liaison des affects, de réorganisation psychique et de contenance, pendant le temps où les risques traumatiques et mélancoliques sont forts. Face à la puissance des affects éprouvés, être deux thérapeutes apparaît comme une nécessité pour contenir et permettre la liaison, l'élaboration et la mise en pensée attendues dans cet espace. De plus, le « couple » de thérapeutes permet aussi des projections diverses et porteuses de sens dans ce contexte.

Le groupe de mères

Parmi les groupes existants, un groupe ouvert, hebdomadaire, se tient au Centre Périnatal Brune (Hôpital Sainte Anne), co-animé par une pédopsychiatre et une psychanalyste ⁷. Ce groupe s'adresse à des femmes, car il permet de recentrer l'élaboration psychique autour de la maternité et constitue ainsi une prévention pour les grossesses à venir. Mais aussi parce que le deuil périnatal touche les femmes en plein corps et ravive le vécu corps-à-corps de la mère avec sa propre mère dans ses aspects les plus primaires. Avec la perte d'un fœtus, c'est aussi d'une partie d'elle-même, ni séparée corporellement ni psychiquement, dont la mère doit se défaire. La mère est renvoyée au lien à sa propre mère, aux souvenirs émaillant sa vie de femme, sa vie sexuelle mais aussi aux traces non dicibles, non représentées qui relient chacune à sa propre mère et au nourrisson qu'elle a été.

Viennent au groupe les femmes qui ont perdu un bébé pendant la grossesse, à la naissance ou à quelques jours de vie. Certaines continuent à venir lorsqu'elles attendent à nouveau un bébé.

Le groupe commence par une présentation des deux thérapeutes, puis la pédopsychiatre invite les participantes à donner leur prénom et les raisons de leur venue. Certaines, débordées d'émotion et de douleur, ne peuvent émettre que des sanglots étouffés. Elles pourront intervenir plus tard, une fois l'enveloppe groupale contenante et rassurante constituée.

Très souvent l'une d'entre elles prend la parole spontanément. Elle raconte un événement particulier de la semaine ou un trop-plein d'émotions, une grande colère, un moment de désespoir, un conflit avec son conjoint ou avec sa mère, une date anniversaire douloureuse, une femme enceinte dans son entourage,

l'arrivée d'un bébé dans sa famille, la reprise du travail, des résultats d'examens médicaux, une cérémonie, un lâcher de ballons, un projet de voyage, un espoir de grossesse, une remarque des enfants aînés, le manque, l'incompréhension...

La pédopsychiatre reprend alors les mots et les thèmes abordés en essayant de maintenir par ce qui s'échange une certaine fluidité associative tout en assurant une fonction de liaison maternelle. Plutôt que de réagir aux questions qu'elles se posent, elle favorise la circulation de la parole entre les femmes. Les réponses qu'elles attendent sont celles des autres mères. La pédopsychiatre privilégie un premier temps de récit qui se répète parfois à l'identique de séance en séance, jusqu'à ce qu'un certain renoncement, un décollement du trauma, s'opère face au récit d'une nouvelle participante ou par l'effet de l'acceptation de la perte. La psychanalyste tente de relever ce qui de l'histoire individuelle de chacune peut se rapporter à l'histoire de toutes, voire à l'histoire du groupe.

Sont respectés les silences élaboratifs qui laissent entendre la douleur, le non-dicible, les difficultés pour certaines femmes à parler. Elles ont la possibilité d'être là juste pour écouter les autres si elles-mêmes ne peuvent pas s'exprimer encore.

Lorsque les femmes arrivent dans le groupe pour la première fois, elles sont souvent « en morceaux », défaits, « en vrac », le dos courbé sous le poids du chagrin, la voix monocorde et l'œil éteint. Petit à petit, elles se redressent, quelque chose les tient, comme si elles avaient retrouvé leur colonne vertébrale, un appui dorsal. Elles se restaurent, reprennent de la verticalité en s'appuyant sur le groupe. La vie revient dans leur regard. Et c'est encore plus visible la semaine d'après, où certaines sont devenues vraiment coquettes et habitées.

Pour les nouvelles grossesses qui s'engagent pour les femmes qui participent au groupe, ce dernier va avoir

7. Soubieux M.-J et Caillaud I., « Le groupe thérapeutique des mères endeuillées », Revue de médecine périnatale 6, no 2 (2014) : 110-15.

une fonction de portage et permettre de se centrer sur la possibilité de la question de la peur de l'oubli, du manque de l'enfant, de la crainte de l'effacement pour donner une place à l'absent et accueillir le nouveau venu.

Le groupe est un moment où les femmes peuvent parler de leur bébé et le faire exister. D'ailleurs quand elles reprennent leur activité professionnelle, elles demandent à ne pas travailler le jour du groupe, c'est le temps de leur bébé mort.

Le groupe de pères

Il nous est également apparu nécessaire de mettre en place une prise en charge spécifique pour les pères au moment de la perte de leur bébé. En effet, au cours des consultations en maternité, au moment des IMG émerge souvent une demande des pères de pouvoir échanger avec d'autres hommes dans la même situation qu'eux afin de trouver étayage, soutien et espace d'élaboration. Ils ont pour certains la volonté d'être reconnus comme pères aux prises avec une souffrance de la paternité. Malgré son appellation, la maternité est aussi le lieu de la parentalité et donc de la paternité. C'est ainsi qu'un groupe pour les pères a été mis en place à l'espace Parentèle de la maternité de Trousseau par deux psychologues. Ce groupe pour les pères constitue un socle étayant permettant la construction de liens.

Souvent moins enclins que leurs femmes à parler de leur vécu et de leur expérience avec leur entourage, les pères vont trouver dans le dispositif du groupe de parole un espace pour partager leur expérience et s'appuyer sur celle des autres.

Pour certains pères, l'espace groupal est le seul à pouvoir contenir la force de leurs vécus et sera moins angoissant que la rencontre individuelle avec un(e) psychologue, psychothérapeute.

Si le groupe de parole est destiné aux pères, il nous est apparu pertinent de permettre aux mères d'y participer occasionnellement, et toujours avec le père. En effet, ce dispositif donne à l'homme une place active et centrale dans un processus au sein duquel il est passif et souvent « à côté » sans pour autant cliver le couple : « Je ne sais jamais quand je dois être présent ou pas aux rendez-vous, c'est ma femme et l'équipe qui me disent si je dois l'être ou non » rapporte un homme en consultation pré-IMG.

De plus, la participation à deux au groupe donne d'emblée l'occasion au couple d'échanger sur leurs besoins respectifs dans cette épreuve et d'alléger les difficultés éprouvées au sein du couple du fait d'un sentiment de décalage entre les partenaires. En effet, dans les consultations, les femmes évoquent souvent leur sentiment d'être incomprises par leur conjoint. De leur côté, les hommes se sentent souvent démunis pour exprimer leurs affects et les partager avec leur femme sans l'accabler, alors qu'ils estiment avoir le devoir de la soutenir.

La présence des femmes permet aux autres hommes d'entendre le discours d'une autre femme que la leur. Ce changement de perspective pourrait alors les aider à mieux comprendre leur compagne.

Le groupe permet ainsi de renforcer la conjugalité au cours d'un événement de vie qui la met à mal.

Si la plupart des thématiques abordées sont communes entre les groupes de mères et de pères, nous avons pu identifier des particularités pour les pères, qui s'interrogent sur la manière d'évacuer la douleur quand on ne la vit pas physiquement et qu'on n'accouche pas de l'enfant mort. Comme si sans cet accouchement on ne pouvait faire que la moitié du deuil.

Enfin, les hommes évoquent souvent l'atteinte narcissique qui se déplace sur le domaine professionnel : ne

pas être capable, se sentir en échec, ne pas réussir à prendre de la distance par rapport aux remarques négatives des collègues...

Ainsi, l'approche groupale constitue à nos yeux un formidable travail de prévention des deuils pathologiques, prévention pour les grossesses ultérieures, les enfants qui naîtront après mais aussi les enfants déjà là. Le groupe a également un rôle très important pour les couples. La mise en commun de leurs ressentis leur permet de concevoir que chacun peut avoir une manière différente d'exprimer sa souffrance et de survivre à la perte de son bébé.

L'équipe soignante

Le vécu de l'équipe soignante

On ne peut pas isoler le vécu comportemental, émotionnel et fantasmatique des soignants de celui des parents : les émotions et les réactions des uns entrent en résonance avec celles des autres.

Les angoisses archaïques, la peur et la violence mobilisées chez les parents par ces situations ont forcément des effets sur les soignants. L'histoire infantile des soignants est également ravivée, une nostalgie de ce fœtus que chacun a été avec tout son apanage de sentiments – amour, tendresse, haine, selon l'histoire de chacun –, mais aussi une identification à ces parents qui s'engageaient dans un processus de vie brutalement et cruellement interrompu.

La confrontation à la mort, qui peut surgir à tout moment avec une logique inversée, ne s'intègre pas dans les représentations habituelles de la société. Il y a là quelque chose d'irreprésentable, d'indicible, d'effroyable auquel le soignant ne peut échapper. Il va entendre le silence d'un petit cœur qui s'est arrêté, il va voir des yeux qui restent clos sur un petit visage livide, il va toucher un petit corps froid et raidi, il va entendre des parents crier leur douleur ou leur colère, voire leur agressivité à son égard. Comment supporter ces situations et rentrer chez soi ensuite, retrouver sa famille, ses amis et faire comme si rien ne s'était passé ? Les soignants vont en être fortement impactés et pour continuer à travailler, à rester professionnels et à essayer de pouvoir vivre normalement après, ils vont devoir se protéger et mettre en œuvre toutes sortes de mécanismes de défense qui parfois malheureusement peuvent être délétères pour les parents. Bien

sûr chacun réagit différemment selon son histoire, son expérience et ce qu'il est.

Un moment particulièrement délicat pour les équipes soignantes est celui de l'annonce. Les soignants peuvent s'identifier aux parents, être anéantis comme eux, révoltés contre l'injustice de ce monde. Ils peuvent se sentir impuissants devant une situation inexorable et définitive. Leur rôle de soignant qui soulage la douleur, répare les bleus de la vie, est mis à mal. C'est une véritable blessure pour les soignants, d'autant plus grande que les parents peuvent leur faire des reproches et se montrer agressifs.

Parfois, au moment de l'annonce, les parents peuvent se détacher de leurs propres affects et donner l'impression de ne rien ressentir, voire d'être indifférents. Cette situation peut désespérer totalement les soignants, qui ne savent pas comment s'adresser à ces parents qui semblent anesthésiés et qui ne réagissent pas. Parfois même, devant l'absence de chagrin exprimé, les soignants peuvent avoir à leur insu une attitude blessante à l'égard des parents.

Au moment de l'annonce, les soignants peuvent ressentir de la culpabilité, comme s'ils y étaient pour quelque chose. Cette culpabilité arrive en miroir au ressenti des parents qui les identifient au porteur de la mauvaise nouvelle et donc de la mort en elle-même.

Ils peuvent se sentir dans une grande solitude, encore plus grande dans la découverte d'une MFIU. C'est pourquoi le travail pluridisciplinaire est indispensable. Avoir l'équipe dans la tête même si elle n'est pas là physiquement aide beaucoup à faire face à ces situations.

Bien sûr les protocoles encadrant la prise en charge des parents sont indispensables, mais ils ne mettent pas à l'abri de l'irruption de la mort et de toute l'angoisse qu'elle génère. Pour se défendre de la culpabi-

lité et de l'angoisse suscitées par la mort du bébé, les soignants peuvent développer des contres-attitudes négatives vis à vis des parents.

Il y a également une situation qui peut entraîner différents types de défense, c'est la question du fœticide, que le soignant en soit acteur direct ou témoin. Le fœticide est le geste qui provoque la mort fœtale in utero quand une interruption de grossesse pour motif médical (IMG) est réalisée après le seuil de viabilité fœtale. Il empêche un fœtus de naître vivant. De toute façon toute l'équipe est concernée, toute l'équipe se vit comme complice. Différentes stratégies défensives peuvent être mises en œuvre pour faire face aux émotions que génère cet acte : dédramatisation par la technicité, banalisation de l'acte, habitude, distanciation... Cependant elles ne suffisent pas à atténuer le vécu transgressif de l'acte.

Le cadre légal ne confère pas toujours une légitimité suffisante. Faire mourir alors qu'on a choisi d'être sage-femme pour donner la vie est vraiment difficile à gérer. Parfois, dans certaines indications (comme l'agénésie de l'avant-bras ou une double fente labio-palatine...), l'équipe se retrouve face à un conflit moral. A quels mécanismes les soignants vont-ils avoir recours dans un système valorisant la vie? Les soignants peuvent se convaincre que l'IMG est préférable à la confrontation à l'agonie d'un enfant en postnatal. En s'occupant du corps du bébé mort au travers des rituels proposés à l'hôpital, les soignants semblent comme réparer la faute commise et mettre ainsi à distance le geste fœticide.

Enfin, un autre moment très difficile pour les soignants est la présentation du fœtus. Ils ne savent pas toujours dans quel état ils vont trouver le bébé : bébé macéré parfois, avec des malformations effrayantes d'autres fois. Ils doivent simultanément faire face à l'imprévu, au terrifiant et en même temps décrire ce bébé aux parents et leur dire s'ils peuvent ou pas le voir quand certains

parents le demandent. Ils n'ont même pas le temps d'intégrer ce qu'ils viennent de voir qu'ils doivent déjà être apaisants, rassurants pour les parents alors qu'eux-mêmes sont encore parfois bouleversés.

Il est très subtil de proposer aux parents de voir et prendre leur enfant dans les bras car on ne sait pas quelle représentation en ont les parents. D'ailleurs, l'équipe peut être parfois gênée par l'attitude de certains parents qui considèrent le bébé, à un terme déjà avancé, comme un organe ou une « entité philosophique » et qui ne souhaitent pas le voir alors même qu'aucune malformation effrayante n'est visible.

Accompagner l'équipe

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, anesthésiste, 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. 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 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 pluridisciplinaires pourrait soutenir un tel travail.

Toutes ces situations sont difficiles à vivre pour l'équipe. 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 du 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 chacun de cheminer avec ses propres interrogations. Un psychologue ou un 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. Cependant, la place du psychanalyste est d'une grande complexité, car il doit conserver sa neutralité tout en étant actif dans un système d'empathie à plusieurs pôles.

Cela requiert bien sûr une grande confiance réciproque. Parler, raconter dans un langage clair qui permet une discussion entre tous.

Même s'ils sont utiles, les protocoles ne suffisent pas. C'est néanmoins souvent difficile pour les soignants de prendre le temps de s'extraire de l'activité incessante du service pour penser leur pratique en dépit d'une souffrance exprimée. Et pourtant un espace de parole et de pensée est nécessaire : groupe de parole, supervision, reprise de situations, etc.

Des formations adaptées peuvent être nécessaires pour l'équipe. Cependant, le bon sens, l'intuition, le soutien entre soignants et l'expérience doivent rester de mise et on ne peut attendre des formations d'apporter aux soignants des « conduites à tenir » toutes faites qui ne tiendraient pas compte de la singularité de chaque situation et de chacun.

Bibliographie

- Soubieux M-J, Le berceau vide, deuil périnatal et travail du psychanalyste, Erès, La vie de l'enfant, 2013 (nouvelle édition augmentée)
- Dossier dans la Revue de Médecine Périnatale, mai 2014
- Dossier dans Carnet Psy, N.185-186, Déc. 2014-Jan.2015
- Bitouzé V., 1998. « Mort périnatale et processus de deuil ». In *Psychopathologie périnatale*, par Monique Bydlowski et Drina Candilis, 47-57. Monographies de psychopathologie. Paris: Puf.
- Ciccone A. et Ferrant A., 2009. *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris: Dunod.
- Clerget S., 2007. *Quel âge aurait-il aujourd'hui ? Le tabou des grossesses interrompues*. Paris: Fayard.
- David D., 1997. « Anomalies fœtales, deuil et représentations psychiques ». In *Mourir avant de n'être?*, par René Frydman et Muriel Flis-Trèves, 83-88. Paris: Odile Jacob.
- DeBackere K. J., Hill P. D., Kavanaugh K. L. 2008. « The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37 (5): 525-37.
- Denis P., 1998. « Nostalgie, entre deuil et dépression ». In *Le deuil*. Monographie de psychanalyse. Paris: Puf.
- de Wailly D., 2018. *Attendre un enfant après une interruption médicale de grossesse*. Toulouse: Erès.
- Dumoulin M., 2003. « Le deuil de l'enfant de la grossesse ». In *Le bébé en diagnostic prénatal*, par Sylvie Séguret (Dir), 47-81. Ramonville Saint Agne: Erès.
- Foulon C., Séguret S., Soubieux, M.-J., Jouannic J.-M., et Missonnier S., 2014. « L'effroi de soi dans l'Interruption Médicale de Grossesse ». *Le Carnet PSY*, no 185: 25-31.
- Freud S., 1915. « Deuil et Mélancolie ». In *OCP*, XIII: 261-80. Paris: Puf.
- Garcia Badaracco J. E., 1999. *Psychanalyse multifamiliale*. Paris: Puf.
- Golse B., 2002. « À propos des interruptions de grossesse deuil (du fœtus) ou mélancolie ». *Le Carnet PSY* 73 (5): 24.
- Leon I.G., 1996. « Conceptualisation psychanalytique de la perte d'un enfant en période périnatale, un modèle multidimensionnel. » *Devenir* 1 (1): 9-26.
- Missonnier S., 2015. « Les stèles virtuelles sur Internet : un rituel de deuil séculier ? » *Le Carnet PSY* N° 186 (1): 15-21.
- Shulz J., Beauquier-Maccotta B., Soubieux M.-J., Mériot M.-E., de Wailly D., et Missonnier S., 2016. « Entre honte et culpabilité, stigmates de la femme enceinte après une Interruption Médicale de Grossesse ». *Champ psy*, no 68 (février): 67-83. 2016b. « Honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse ». *La psychiatrie de l'enfant* 59 (2): 361-424.

- Soubieux M.-J. et Soulé M., 2005. *La psychiatrie fœtale*. Que Sais-je. Paris: Puf.
- Soubieux M.-J. et Caillaud I., 2014. « Le groupe thérapeutique des mères endeuillées ». *Revue de médecine périnatale* 6 (2): 110-15
- Squires C., 1999. « La grossesse à l'ombre de l'enfant des limbes ». Paris: Diderot. 2004. « L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante ». *Cliniques méditerranéennes* 69 (1): 269-88.

Pour approfondir le sujet



-  Qu'appelle-t-on deuil périnatal ?, avec Marie-José Soubieux
 - La mort périnatale d'un enfant suspend le processus de parentalité, avec Pascale Gustin
 - Accompagner les parents quand un nouveau né décède, avec Françoise Molénat
 - Le vécu des femmes enceintes après la mort d'un bébé, avec Marie-José Soubieux
 - La fratrie face à la mort d'un jeune bébé, avec Marie-José Soubieux
 - En cas de grossesse après un deuil périnatal, que se passe-t-il pour le père ? avec Pascale Gustin
 - Le rôle du professionnel en cas de deuil périnatal, avec Marie-José Soubieux
 - Mort périnatale : pourquoi parle-t-on parfois d'un « non-événement » ?, avec Pascale Gustin
 - ...
-  Le deuil périnatal , Marie-José Soubieux
 - Accompagnement et alliance en cours de grossesse, Françoise Molénat
 - Pour une hospitalité périnatale, Sylvain Missonnier
 - ...

Temps d'Arrêt / Lectures

Dernier parus

47. Cyberdépendance et autres croquemitaines.

Pascal Minotte

48. L'attachement, un lien vital.

Nicole Guedeney

49. L'adolescence en marge du social.

Jean Claude Quentel

50. Homoparentalités.

Susann Heenen-Wolff*

51. Les premiers liens.

Marie Couvert*

52. Fonction maternelle, fonction paternelle.

Jean-Pierre Lebrun*

53. Ces familles qui ne demandent rien.

Jean-Paul Mugnier.

54. Événement traumatique en institution.

Delphine Pennewaert
et Thibaut Lorent

55. La grossesse psychique : l'aube des liens.

Geneviève Bruwier

56. Qui a peur du grand méchant Web ?

Pascal Minotte*

57. Accompagnement et alliance en cours de grossesse.

Françoise Molénat*

58. Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».

David Puaud*

59. Protection de l'enfance et paniques morales.

Christine Machiels
et David Niget

60. Jouer pour grandir.

Sophie Marinopoulos

61. Prise en charge des délinquants sexuels.

André Ciavaldini

62. Hypersexualisation des enfants.

Jean Blairon, Carine De Buck,
Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun,
Vincent Magos, Jean-Paul Matot,
Jérôme Petit, Laurence Watillon*

63. La victime dans tous ses états.

Anne-Françoise Dahin*

64. Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».

Serge Tisseron

65. Soutien à la parentalité et contrôle social.

Gérard Neyrand

66. La paternité et ses troubles.

Martine Lamour

67. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.

Bernard Golse

68. Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?

Benoit Bastard

69. À la rencontre des bébés en souffrance.

Geneviève Bruwier

70. Développement et troubles de l'enfant.

Marie-Paule Durieux

71. Guide de prévention de la maltraitance.

Marc Gérard

72. Garde alternée : les besoins de l'enfant.

Christine Frisch-Desmarez, Maurice Berger

73. Le lien civil en crise ?

Carole Gayet-Viaud

74. L'enfant difficile.

Pierre Delion*

75. Les espaces entre vérité et mensonge.

Christophe Adam, Lambros
Couloubaritis

76. Adolescence et conduites à risque.

David Le Breton

77. Pour une hospitalité périnatale.

Sylvain Missonnier

78. Travailler ensemble en institution.

Christine Vander Borghet*

79. La violence envers les enfants, approche transculturelle.

Marie Rose Moro*

80. Rites de virilité à l'adolescence.

David Le Breton

81. La nécessité de parler aux bébés.

Annette Watillon-Naveau

82. Cet art qui éduque.

Alain Kerlan et Samia Langar*

83. Développement et troubles de l'enfant. 1- 4 ans

Marie-Paule Durieux

84. TDAH - Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Rita Sferrazza

85. Introduire l'enfant au social.

Marie Masson

86. Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?

Pierre Delion

87. Corps et adolescence.

David Le Breton

88. La violence conjugale frappe les enfants.

Christine Frisch-Desmarez

89. La violence de jeunes : punir ou éduquer ?

Véronique Le Goaziou

90. L'évolution des savoirs sur la parentalité.

Gérard Neyrand

91. Les risques d'une éducation sans peine

Jean-Pierre Lebrun

92. La vitalité relationnelle du bébé.

Graciela C. Crespín

93. Prendre soin du bébé placé.

Geneviève Bruwier*

94. Les trésors de l'ennui.

Sophie Marinopoulos

95. Prévenir la violence par la discussion à visée philosophique.

Michel Tozzi

96. Coopérer autour des écrans.

Pascal Minotte

97. Les jeunes, la sexualité et la violence.

Véronique Le Goaziou

98. Evolution du traitement des ruptures familiales.

Benoit Bastard

99. L'attachement, un lien revisité à l'adolescence.

Lauriane Vulliez-Coady, Frédéric Atger et Claire Lamas

100. Prévenir la maltraitance.

Vincent Magos

101. Du déclin au réveil de l'intérêt général.

Dany-Robert Dufour

102. La parentalité aujourd'hui fragilisée.

Gérard Neyrand

103. L'attention à l'autre.

Denis Mellier*

104. Jeunes et radicalisations.

David Le Breton

105. Le harcèlement virtuel.

Angélique Gozlan

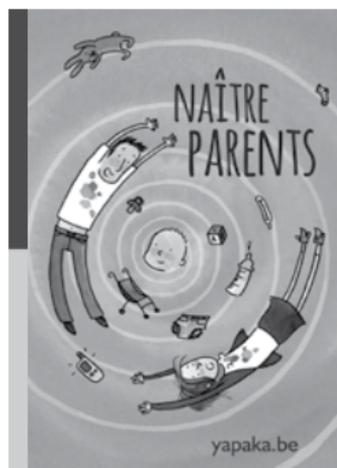
* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...

En Belgique uniquement

Les livres de yapaka

disponibles gratuitement au 0800/20 000 ou infos@cfwb.be



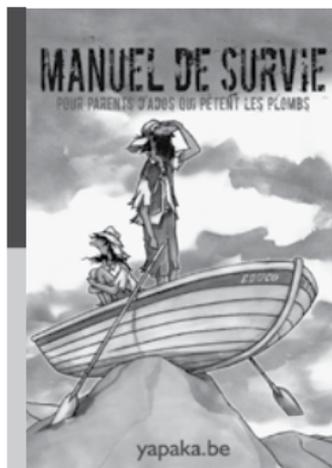
POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ADOS



POUR LES ENFANTS



POUR LES ADOS DE 12 À 15 ANS