

Attendre un enfant après
une interruption médicale de grossesse



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetpsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho(patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs.

Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Micheline Blazy, Dominique Blin, Nathalie Boige,
Jérôme Boutinaud, Sarah Bydlowski,
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Nine Glangeaud, Bernard Golse,
Sylvie Gosme-Séguret, Nathalie Presme
et Michel Soulé (1922-2012), fondateur de la collection en 1959.

Dernier paru

Marie-Aimée Hays
La dépression périnatale.
Approche clinique et psychanalytique

Voir la collection complète en fin d'ouvrage.

Diane de Wailly

Attendre un enfant après une interruption médicale de grossesse

L'enfant palimpseste

Préface de Marie-José Soubieux

Postface de Sylvain Missonnier

« LA VIE DE L'ENFANT »

The logo for Éditions érès features the word 'érès' in a lowercase, sans-serif font. The letter 'é' is stylized with a grey circular background. To the left of the 'érès' text, the word 'éditions' is written vertically in a smaller, grey font.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2018
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-5735-8
Première édition © Éditions érès 2018
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, <i>Marie-José Soubieux</i>	7
EN PRÉAMBULE.....	11
INTRODUCTION.....	19
COMMENT A ÉMÉRGÉ LA NOTION D'ENFANT DE REMPLACEMENT.....	25
L'enfant puîné, un remplaçant ?.....	30
LA GROSSESSE :	
FAMILIER ET INQUIÉTANT À LA FOIS.....	33
L'inquiétante étrangeté.....	34
L'échographie, situation paradigmatique d'inquiétante étrangeté.....	35
DIAGNOSTIC ANTÉNATAL	
ET INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE.....	39
Historique et cadre légal.....	39
Le diagnostic anténatal serait-il une pratique eugéniste ?.....	41
L'interruption médicale de grossesse :	
un processus décisionnel.....	44
Le fœticide.....	53
L'IMG : pardon ou réconciliation ?	
Pardon et réconciliation ?.....	62
LE TEMPS DU DEUIL.....	67
Le travail de deuil.....	68

La mélancolie.....	72
Spécificité du deuil périnatal.....	78
Voir ou ne pas voir ?.....	82
Limites du modèle freudien du deuil.....	91
Le modèle multidimensionnel d'Irving Leon.....	92
Temps du deuil et destins possibles du fœtus-bébé perdu.....	95
Tatouage : incorporation ou excorporation ?.....	122
Les photographies.....	126
LA GROSSESSE SUIVANT UN DÉCÈS PÉRINATAL.....	129
La grossesse suivante : inhibitrice du travail de deuil ou résolutive ?.....	129
Que ressort-il de la revue internationale de la littérature ?.....	133
Qu'en disent les mères ?.....	137
Grossesse suivante et dépression.....	140
Grossesse suivante et angoisse.....	150
Grossesse suivante et plainte somatique.....	163
Rassemblons notre propos.....	185
DE L'ENFANT DE REMPLACEMENT	
À L'ENFANT PALIMPSESTE.....	191
Représentations maternelles et attachement prénatal.....	191
Grossesse suivant une perte et attachement prénatal.....	194
Représentations maternelles pendant la grossesse suivant une IMG.....	196
L'enfant puîné : un enfant palimpseste.....	201
CONCLUSION.....	205
POSTFACE. Les arcanes de l'enfant palimpseste, <i>Sylvain Missonnier</i>	209
BIBLIOGRAPHIE.....	215
REMERCIEMENTS.....	225

PRÉFACE

Un livre attendu.

Un livre qui nous raconterait la suite de ce terrible drame qu'est la mort périnatale.

Un livre qui permettrait de rassurer ces parents qui nous demandent tous avec détresse : « Est-ce qu'on s'en remet ? » « Comment survivre à notre douleur ? »

C'est ce livre que nous propose Diane de Wailly en essayant de répondre à ces questions, en nous emmenant dans les méandres psychiques de la nouvelle grossesse qui suit la mort d'un bébé mort avant que d'être né.

Cet ouvrage ne peut que stimuler et encourager la militante acharnée que je suis envers la reconnaissance du deuil périnatal depuis plus de vingt ans. En effet, malgré les avancées indéniables de ces dernières années, cette problématique reste encore trop méconnue, sans aucun doute par la société, mais aussi par les professionnels de la psyché.

Pourquoi s'intéresser particulièrement à la grossesse qui suit une mort périnatale ? N'entend-on pas souvent « Refaites un enfant, allez de l'avant, tournez la page » ! Comme si la vie pouvait repartir comme avant, comme si rien ne s'était passé, comme si cet enfant n'avait pas existé, comme si ce n'était pas même un enfant ! D'ailleurs, les mères n'espèrent-elles pas elles-mêmes qu'avec cette nouvelle grossesse, tout serait réparé ?

Et pourtant, l'écoute de ces femmes depuis plus de vingt ans démentit ces assertions et c'est bien ce que va nous montrer Diane de Wailly dans ce texte fort qu'elle destine tant aux professionnels du corps qu'à ceux de la psyché. S'appuyant sur une recherche menée à l'hôpital Necker-Enfants malades avec Sylvain Missonnier, Bérangère Beauquier, Jessica Shulz, Marie Emmanuelle Mériot et moi-même, elle va analyser au plus près les

mouvements intrapsychiques qui traversent les mères après ce terrible traumatisme et lors de la grossesse qui suit la mort de leur bébé.

À travers une clinique extrêmement riche, Diane de Wailly montre bien comment la grossesse ultérieure permet une actualisation du processus de deuil ainsi qu'une évolution des représentations de l'enfant mort. De l'élaboration de sa perte à une mélancolie, elle va en saisir toute la complexité en s'intéressant plus précisément à la nature de la dépression et de l'angoisse qui étreignent alors les mères.

Selon elle, la manière dont se fait l'élaboration psychique de la perte de l'enfant va être déterminante pour l'enfant à venir. Le destin de l'enfant puîné n'est pas inexorable. Une nouvelle histoire peut s'écrire sans effacer l'ancienne. Ce qui la conduit à introduire la notion d'enfant palimpseste, empreinte de l'enfant décédé évoluant entre l'effacement et la sanctuarisation.

Afin de mieux appréhender les mouvements intrapsychiques qui président à cette élaboration, elle explore tout le chemin que parcourent les couples depuis l'annonce d'une pathologie qui va conduire à une interruption médicale de grossesse (IMG) jusqu'à la naissance de l'enfant qui va vivre après ce drame. Une étape fondamentale retient son attention : le moment de l'attente succédant à l'annonce d'une anomalie et précédant la réalisation de l'acte d'IMG. Pour supporter l'impensable, nous dit-elle, les mères ont besoin de maintenir clivées les représentations d'un fœtus malade abîmé, inhumain, à enlever d'urgence, avec celles d'un bébé parfait, vivant, en bonne santé. Elle soutient alors avec force la nécessité d'un espace psychique de pensée pour réunir ces deux figures et accéder à une figure de bébé ordinaire malade. Selon moi, cette hypothèse a des conséquences importantes sur la manière d'accompagner les couples. En effet, la souffrance des parents est si grande dans ces situations que les équipes, dont la vocation première est de soigner, souhaitent les soulager au plus vite en accélérant les procédures. Et pourtant, ce temps, un temps accompagné non mortifère, est indispensable. Il permet, grâce à la transformation de l'angoisse automatique en angoisse signal, « qu'un nouvel objet-compromis entre bébé idéalisé et fœtus malade – soit créé et devienne fondateur d'une possibilité de deuil » écrit D. de Wailly.

Un deuil bien particulier ! D'ailleurs, Diane perçoit les limites du modèle freudien et va faire appel au modèle d'Irving Leon¹ qui distingue les composantes narcissique, objectale, développementale et pulsionnelle du deuil. Mais essentiellement, elle ouvre des perspectives intéressantes en y introduisant la dimension somatique. Ce qu'elle apporte à propos de

1. I. Leon, « Conceptualisation psychanalytique de la perte d'un enfant en période périnatale. Un modèle mutidimensionnel », *Devenir*, vol 7, n°1, 1995, p 9-30.

la douleur du corps est fondamental. S'appuyant sur la pensée de Catherine Chabert², elle évoque la place de la douleur comme une alternative possible à la mélancolie. Selon elle, le passage du psychique au corporel permettrait l'accès à l'inertie psychique consécutive à l'irreprésentable de l'objet perdu.

Dans cette perspective de pensée, elle peut envisager les plaintes multiples des mères comme venant en lieu et place de ce qui est irreprésentable, indicible, impensable, à savoir la figure de l'enfant mort. La douleur aurait une fonction de transition vers une objectalisation de l'objet perdu et permettrait que le destin initial d'incorporation du fœtus perdu puisse évoluer vers une élaboration de la perte.

C'est un point capital. En effet, pendant la grossesse qui suit la mort de l'enfant, l'entourage et les équipes ont tendance à vouloir effacer la grossesse précédente traumatique, craignant de raviver chez les mères la douleur de la perte. Les sensations physiques qu'elles expriment alors peuvent être une voie d'accès privilégiée à cette précédente grossesse. Différences et similitudes du vécu corporel pourront permettre de distinguer les grossesses, puis les deux enfants. La mémoire des équipes est essentielle pour ces mères qui redoutent que leur bébé soit oublié à tout jamais !

Au terme de ce livre qui introduit des idées novatrices et des éléments fondamentaux pour comprendre le processus de deuil pendant la grossesse qui suit une mort prénatale, il reste des aspects à explorer davantage. L'étude du vécu des pères et du développement psychique des enfants puînés pourrait permettre d'approfondir encore la singularité du deuil périnatal et d'en améliorer l'accompagnement. D'ailleurs, la formation des équipes et des thérapeutes doit être une priorité. Bien sûr, reste la sensibilisation de la société civile à cette problématique douloureuse, en particulier le monde du travail. Là aussi des actions sont menées qu'il faut poursuivre. Cependant, une dynamique s'est engagée autour du deuil périnatal dans laquelle Diane de Wailly s'inscrit pleinement.

Des travaux sont en cours, d'autres livres vont probablement s'écrire.

Enfin, je terminerai en disant qu'après la lecture de ce livre on ne pourra plus dire que la grossesse évite le travail du deuil et que les enfants puînés sont des enfants de remplacement ! C'est un livre d'espoir pour les parents endeuillés et les équipes qui les accompagnent.

Marie-José Soubieux
pédopsychiatre, psychanalyste

2. C. Chabert, « Masochisme ou mélancolie ? », dans *Féminin mélancolique*, Paris, Puf, 2003.

EN PRÉAMBULE...

M^{me} G. est une femme de 37 ans qui vit en couple depuis huit ans. Sa première grossesse, obtenue suite à une stimulation ovarienne, se déroule sans particularité d'un point de vue médical. Elle est suivie en ville et projette d'accoucher dans une clinique à côté de chez elle. À 7 mois de grossesse, alors que le couple se projetait dans son rôle de parents et se préparait à accueillir leur petite fille avec joie, un doute à l'échographie du troisième trimestre sur une anomalie cérébrale fait basculer cette période d'attente heureuse vers une angoisse diffuse où planent la maladie et la mort. Le couple est alors adressé au service de diagnostic anténatal d'une maternité parisienne dès le lendemain. Les examens complémentaires révèlent une atteinte cérébrale majeure, conséquence d'une infection à cytomégalo virus (CMV) contractée pendant la grossesse. Le diagnostic ne fait aucun doute et le pronostic est sans appel ; le couple décide alors d'interrompre la grossesse et l'interruption est réalisée deux jours plus tard.

Au cours de l'hospitalisation, il est proposé au couple de rencontrer la psychologue, ce qu'ils acceptent. Lorsque la sage-femme me présente la situation de M. et M^{me} G., je suis d'emblée saisie par l'extrême violence dans laquelle ces parents en devenir ont été brutalement plongés. Violence potentiellement majorée, me semble-t-il, par la rapidité de l'enchaînement des événements. La réalisation rapide de l'Interruption médicale de la grossesse (IMG) prenait en compte le terme, certes tardif, de la grossesse et visait à soulager ces parents d'une réalité douloureuse ; mais dans quelle mesure la réponse médicale immédiate ne vient-elle pas augmenter l'effraction traumatique dans la psyché des parents en ne leur laissant pas le temps de sortir de l'état de choc et de sidération consécutif à l'annonce ? Dans quelle mesure l'urgence dans laquelle ces parents sont placés n'est-elle pas à risque d'une culpabilité majeure ultérieurement si la décision n'a pas eu le temps d'être pensée pleinement ? Telles sont mes réflexions avant de rencontrer M. et M^{me} G.

Je rencontre ce couple le lendemain de l'IMG, dans sa chambre à la maternité. Les parents m'expliquent l'horreur dans laquelle ils ont été brutalement plongés, et comment, en trois jours, ce qui était la plus belle chose qui puisse leur arriver tourne subitement au cauchemar. M^{me} G. a dû accoucher, mais accoucher d'un bébé mort ; d'un bébé pour lequel les parents ont décidé de ne pas poursuivre la grossesse malgré le terme tardif, d'un bébé auquel ils ont choisi d'éviter une vie de souffrance, d'un bébé qui, de ce fait, ne viendra jamais à la maison. De leurs propos se dégage une grande tristesse, mais aussi un soulagement : soulagement d'avoir pris la décision, soulagement que « ce soit fini ». Le père s'interroge cependant sur le fait que l'anomalie n'ait pas été détectée plus tôt, ce qui leur aurait évité d'aller si loin dans la grossesse. Le mouvement de colère est réprimé et fait place à la rationalisation : ce diagnostic, quand bien même la grossesse était avancée, a autorisé une interruption médicale de grossesse et leur a ainsi évité d'avoir à accueillir un enfant porteur d'une pathologie grave. M^{me} G. est plus silencieuse ; peu de mots mais une tristesse infinie de ce ventre subitement vide, doublé du vide de ses bras dans la perspective du retour à la maison. Son visage est figé, son regard est vide, ses bras entourent son ventre, elle est immobile... elle semble dans un état de sidération.

Nous nous revoyons régulièrement dans ce temps de deuil : c'est en couple qu'ils viennent aux rendez-vous, respectueux du cadre posé ; soutien mutuel, fusion, confusion... colère, agressivité chez monsieur, silence, larmes, tristesse profonde chez madame... M. G. occupe la place et prend aisément la parole, aux côtés de sa femme qui s'exprime avec parcimonie ; comme si monsieur se faisait le porte-parole du couple. M^{me} G. semble en effet plus en difficultés pour exprimer ce qu'elle ressent. Sa tristesse paraît abyssale, avec peu de mots pour la qualifier ; comme si mettre des mots sur ses affects constituerait un arrachement supplémentaire. Évoquer sa fille, à laquelle le couple a donné le prénom de Ch'aska, est difficile. Elle pourra cependant expliquer le sens donné à ce prénom ; prénom qu'ils ont choisi spécifiquement à la suite de l'annonce de l'atteinte fœtale. C'est un prénom d'origine quechua qui signifie « étoile » mais aussi « déesse de l'aube et du crépuscule » dans la mythologie inca. En effet, M^{me} G. a des origines sud-américaines : son père est péruvien, sa mère française. Ses parents ont divorcé alors qu'elle avait 5 ans et son père est reparti vivre au Pérou. Elle n'a que très peu de contacts avec lui. Pour autant, M. et M^{me} G. voyagent régulièrement en Amérique du Sud et d'ailleurs, c'est au Pérou que leur bébé a été conçu ; d'où le choix du prénom. La mère de madame, très jeune à sa naissance, l'avait confiée à sa propre mère pour pouvoir poursuivre ses études. Ainsi, la grand-mère de M^{me} G., de qui elle était très proche, représente une figure maternelle aimée ; mais

celle-ci est décédée juste avant le début de la grossesse et M^{me} G. exprime une grande tristesse de n'avoir pu dire à sa grand-mère sa grossesse ; elle aurait aimé partager cette étape de vie avec elle, elle aurait également aimé lui « offrir » son premier arrière-petit-enfant. À ce jour, elle rationalise, se disant que finalement, avec ce qui vient de se passer, elle aurait déçu sa grand-mère en n'étant pas capable de donner la vie à un enfant bien portant. L'atteinte narcissique, mêlée de honte, reste prégnante.

Monsieur exprime sa colère quant au suivi en ville : « Pourquoi n'avoir rien décelé plus tôt ? Pourquoi leur avoir laissé échafauder tous ces projets ? Pourquoi eux ? Pourquoi... pourquoi... ? » Quel sens donner à cet événement qui est du registre de l'impensable ? Le médecin faisant l'objet de sa colère vient peut-être condenser une colère adressée à quelqu'un d'autre...

Un jour, monsieur me dit aller mieux ; il s'est renseigné, le diagnostic n'aurait pas pu être fait plus tôt, le suivi médical a été satisfaisant, c'est donc un accident de la nature. Il a repris le travail ; en revanche, il s'est mis en tête qu'il avait une tumeur cérébrale, du fait de maux de tête intenses. Il est allé jusqu'à consulter un spécialiste, qui n'a rien trouvé. Sa femme se moque gentiment de lui et de son côté « hypochondriaque » ; j'associe sur le mouvement d'identification de ce père à son bébé perdu et je les questionne alors sur leur bébé décédé : n'avait-il pas une atteinte cérébrale conséquente à une infection virale ? La « tumeur cérébrale » du père, à investiguer et à enlever, ne serait-elle pas un déplacement de ce dans quoi ils ont été plongés, à savoir ce fœtus devenu tumoral suite à l'annonce du diagnostic ?

La séance suivante, monsieur exprime à nouveau une grande colère ; il a, cette fois-ci, très mal au dos, au point de ne plus pouvoir dormir. Les céphalées semblent, quant à elles, avoir disparu... mais la colère est très perceptible ; je propose alors l'interprétation suivante : « Ne serait-ce pas trop lourd à porter pour vous ? Le deuil de votre bébé, votre femme que vous sentez triste et en souffrance et pour laquelle vous vous sentez si démuni... » À quoi il acquiesce. Je repense à sa colère adressée au médecin, quelques séances auparavant ; ne serait-elle pas le déplacement de son ambivalence à l'égard du bébé perdu ? Je me permets de poursuivre en suggérant qu'il est peut-être également en colère, très en colère de tout cela, mais aussi en colère contre ce bébé qui n'a pas répondu aux attentes et lui fait maintenant éprouver tout ce poids, cette tristesse et l'interruption brutale de tous leurs projets. En faisant cette interprétation, je savais que je prenais le risque qu'elle soit mal reçue mais il me semble que l'ambivalence à l'égard du bébé décédé, quand elle peut être reconnue, constitue un progrès dans le processus de deuil. Il apparaissait depuis plusieurs séances que le corps de monsieur venait dire ce qui ne pouvait

être exprimé autrement ; du fait du suivi régulier et du transfert bien établi, il me semblait possible d'envisager ce lien, que M. G. était en mesure d'utiliser mon appareil à penser pour transformer un affect brut en quelque chose de pensable. Effectivement, M. G. reçoit dans un premier temps assez mal cette éventualité : « Comment être en colère contre mon bébé ? Il n'a rien fait, ce n'est pas de sa faute ! Non, c'est impossible... » Madame reste silencieuse pendant ce temps ; son regard semble absorbé dans une tristesse sans fond. Contre-transférentiellement, je la sens absente, comme détachée de la situation actuelle mais en revanche, très présente à son bébé perdu. Les propos que j'ai adressés à son mari ne semblent, apparemment, pas avoir d'écho en elle.

La séance suivante, ils sont là tous les deux à nouveau. Monsieur est détendu et souriant : à peine assis, il me remercie : « Vous aviez raison, j'étais très en colère... et je lui en voulais à ce bébé mais ce sentiment était inavouable ; je lui en voulais de nous faire subir ça... maintenant que j'ai accepté de pouvoir éprouver cette colère, j'ai l'impression que ma fille a trouvé sa place : je ne la porte plus sur mes épaules à longueur de journée, elle est là (*montrant sa tête*)... et je n'ai plus mal au dos. »

Pendant ces différentes séances, M^{me} G. écoute son mari, avec de grands yeux tristes, résignée : « Rien ne sera plus comme avant » dit-elle. Le fait que son mari aille mieux l'autorise, elle, à lâcher et à plonger dans sa tristesse. Elle peut revenir sur le déroulement des événements, leur décision et l'acte de l'IMG, le fait qu'ils aient vu leur fille, qu'ils aient confié le corps à l'hôpital pour les obsèques, qu'ils n'aient pas de cendres, ni de traces. Elle peut formuler également combien tout est allé trop vite, qu'elle n'a pas eu le temps de réaliser ce qui se passait réellement. Nous sentons la blessure vive et douloureuse, difficile à panser (penser ?). La perte du bébé ravive aussi l'absence de sa grand-mère. M^{me} G. aurait aimé trouver du réconfort auprès d'elle. La mère de M^{me} G. se rend présente à sa fille mais M^{me} G. a l'impression de ne pas être entendue à la hauteur de ce que représente sa douleur ; elle se sent incomprise de sa mère. Et elle-même, en tant que mère en devenir, a failli. C'est donc un sentiment de solitude qui prédomine.

Se pose alors la question d'une évolution mélancolique dans les suites de la perte de ce bébé, l'ombre du bébé perdu semble tombée sur le moi.

Une période de vacances marquera un tournant pour le couple. Ils retrouveront du plaisir à être ensemble et à partager des moments simples ; l'impact traumatique semble s'atténuer. La tristesse est toujours là mais ils ne semblent plus envahis par l'absence. À leur retour, des projets sont possibles ; madame reprend son travail de professeur des écoles. Contentée de reprendre une vie sociale, la confrontation au regard de l'autre reste cependant difficile.

Quelques semaines plus tard, M. et M^{me} G. m'annoncent qu'ils attendent un deuxième enfant. Mais la joie de cette nouvelle grossesse, à voir comme une restauration narcissique et la réassurance d'un corps qui fonctionne et est capable de procréer, se mêle à la grande inquiétude d'une répétition. Le couple fera le choix d'une biopsie de trophoblaste, examen précoce permettant d'évacuer tout risque d'anomalie génétique, quitte à prendre le risque de la fausse couche. Ils veulent en effet se prémunir d'une quelconque récurrence et tout examen complémentaire susceptible de les rassurer peut remplir cette fonction. Les résultats du caryotype sont normaux mais M^{me} G. n'est que temporairement rassurée et son angoisse est très perceptible. Elle dit d'ailleurs avoir des difficultés à s'endormir, ce qu'elle explique par des lombalgies, lombalgies préexistantes à la grossesse, lombalgies qui sont d'ailleurs apparues peu de temps après la mort de sa grand-mère.

L'été se passe, avec un temps relativement long sans séances, auquel se rajoutent la rentrée scolaire et sa « mise en route professionnelle ». Elle est donc peu disponible pour un suivi régulier. La perspective de la seconde échographie est angoissante puisque ravivant la première grossesse et l'échographie fatidique ; ce sera le déclencheur pour une reprise plus régulière des séances, où je reçois M^{me} G. seule. Monsieur viendra ponctuellement.

Madame exprime sa détresse mêlée de colère face aux questions de l'entourage : « C'est votre premier enfant ? » Répondre par la négative ferait courir le risque d'autres questions susceptibles de remuer cet événement douloureux mais répondre positivement, pour se protéger, reviendrait à nier ce qui s'est passé et lui donne l'impression d'oublier sa fille ou de l'abandonner une deuxième fois. Ainsi, l'album photo qu'elle prépare pour son fils à venir débute avec deux photos des échographies de Ch'aska, dans le but « d'inscrire l'existence de ce bébé à venir dans la suite de l'histoire précédente et de l'existence, même courte, de sa sœur ». « Cette nouvelle grossesse n'arrive pas par hasard, nous dit M^{me} G., elle a débuté parce que la précédente s'était interrompue. » Nous percevons là aussi toute l'ambivalence de M^{me} G. à l'égard de cette grossesse ; notamment, lors d'une séance, l'ambivalence s'exprime ouvertement : M^{me} G. se frappe le ventre avec colère : « ça me dérange », « on me l'a collé là », avec un fort sentiment d'injustice, voire d'irréalité. « Pourquoi est-il en vie et pas elle ? » La question des places à donner à chacun des enfants est centrale, comme si, à ce moment-là, la coexistence des deux bébés n'était pas possible dans sa réalité psychique. Les photos de Ch'aska placées dans l'album de l'enfant à venir, représentant une réalité tangible, seraient-elles à voir comme une absence d'introjection ?

M^{me} G. dit être très déprimée, elle pense souvent à la mort et se sent seule à porter la mémoire de Ch'aska. Elle nous livre alors un rêve qu'elle met en lien avec sa douleur et son ressentiment devant l'absence de sa fille dans le discours des membres de sa famille : « Nous sommes dans une pièce, chacun dans un coin, ma grand-mère, ma mère, mon père et moi, toute la famille avec Ch'aska au milieu. Personne n'en parle, sauf moi. » J'associe alors sur la pièce du deuil où l'on se réunit autour du corps du défunt, mais aussi sur la pièce où se déroulent les entretiens – bureau situé au niveau des consultations de la maternité – où elle peut évoquer sa fille. Entretiens pendant lesquels M^{me} G. fixe le centre avec insistance, comme si elle était absorbée par l'image de sa fille et ne pouvait s'en détacher ; mais entretiens pendant lesquels une symbolisation est possible.

Un jour, M^{me} G. arrive à sa séance effondrée. Alors que son mari repeignait la chambre pour le bébé à venir, elle est brutalement prise d'angoisse et sort de chez elle avec le sentiment de quelque chose d'insupportable. Elle se met à marcher, sans but, la tête vide, les larmes lui coulant le long des joues... juste besoin de marcher et de sortir pour respirer. Après coup, elle s'est rendue compte que ses pas la conduisaient vers la maternité où elle a accouché de sa fille, puis vers le Père-Lachaise, là où elle a été incinérée. Elle dit chercher sa fille, comme si elle était aspirée par elle, envoûtée par cette morte, envahie par l'ombre de cette enfant perdue. Cette quête pour « l'objet perdu » semble être celle de l'ombre de l'objet qui, faute d'être tombée, plane sur le Moi. Je lui fais alors remarquer que cette maternité est également le lieu du suivi de sa grossesse actuelle, tentant par là d'introduire ce bébé à venir, de lui faire une place là où l'enfant décédé prend toute la place : « Ah oui, je n'avais pas vu cela comme ça » me répond-elle.

M^{me} G., dans son discours, revendique une place pour sa fille, comme si elle avait peur qu'on l'oublie, de l'oublier elle-même ? Elle multiplie les actes de revendication pour la mémoire de sa fille, notamment en demandant à récupérer la photographie prise à la naissance, photo qu'elle trouve belle, reflétant bien le souvenir qu'elle pouvait avoir de sa fille. À cette occasion, elle me dira avoir consacré une partie de sa bibliothèque à sa mémoire, avec notamment un souvenir rapporté du Pérou, une petite croix andine. Elle a pu y rajouter la photo.

Le rythme des séances me fait osciller d'une séance à l'autre entre mieux-être et tristesse sans fond. Comme si elle faisait éprouver au thérapeute cette oscillation entre le monde des vivants et le monde des morts. Dans ce jeu de va-et-vient, le cadre proposé par la thérapie ainsi que mon espace psychique peuvent constituer un espace transitionnel métaphorisant ses déambulations morbides entre le cimetière et la maternité, entre vie interrompue et vie en devenir.

À 7 mois de grossesse, M^{me} G. est hospitalisée pour des contractions douloureuses, sans qu'aucune cause médicale soit retrouvée. Je fais immédiatement le lien avec le terme anniversaire de la perte de Ch'aska. Lorsque je rencontre M^{me} G. dans sa chambre, je la trouve silencieuse. Après avoir respecté ce silence, me revient son rêve avec l'image de la pièce du deuil où l'entourage est silencieux ; association que je livre à M^{me} G. en précisant qu'elle est au même terme aujourd'hui mais qu'elle porte un autre bébé, qui lui est bien vivant. Peut-être celui-ci par sa présence lui ferait craindre d'oublier sa fille ? À quoi elle acquiesce et pour elle, dans cette même pièce, il y a maintenant ses parents, moi-même mais il manque sa grand-mère ; grand-mère qu'elle évoque alors avec une grande tendresse.

Lors de la séance suivante, M^{me} G. semble moins triste ; ce temps d'hospitalisation l'a fait replonger dans l'histoire précédente et la perte de Ch'aska mais lui a permis aussi de renouer une relation apaisée avec sa grand-mère décédée. Elle peut dire qu'elle peut maintenant sortir de la pièce... et commencer à s'autoriser à penser ce bébé qui va bientôt arriver. Les séances suivantes se déroulent dans une articulation plus souple où l'un et l'autre des deux bébés peuvent être évoqués ; où la perspective de la naissance prochaine, de la rencontre avec son fils peut être anticipée. La dernière séance avant l'accouchement, M^{me} G. me dira avoir mis les souvenirs de Ch'aska dans une boîte, qu'elle conserve précieusement ; la place sur la bibliothèque est désormais libre.

M^{me} G. accouchera, à quelques jours près, à la date à laquelle elle a accouché de Ch'aska. Elle donne naissance à Achille, un petit garçon bien portant de 3,8 kg.

INTRODUCTION

Le décès périnatal est un problème de santé publique puisque, toutes situations confondues, entre 20 % et 30 % des grossesses ne vont pas à terme. Ainsi en 2012 en France, 8 461 enfants sont nés sans vie pour 821 047 naissances d'enfants vivants (source INSEE), ce qui représente un taux de mortinatalité¹ de 10,3 ‰.

Événement dramatique, la mort d'un enfant pendant la grossesse constitue un véritable traumatisme psychique pour les parents en devenir, associé à une fracture dans le processus de parentalisation. Et lorsque naissance et mort se superposent, c'est une atteinte narcissique majeure pour les parents, susceptible de surcroît de raviver des traumatismes anciens. L'ordre des générations est interrogé, tout comme la question de la finitude des parents : le chaos dans les remaniements identitaires rend le travail d'élaboration de cette perte d'autant plus complexe et douloureux. Ce travail de deuil si particulier tient sa spécificité du fait de la perte d'un « enfant » qui n'a pas ou peu vécu. Entre prolongement narcissique et objet en voie de différenciation, le statut du fœtus dans le psychisme parental va orienter le travail de deuil ; de deuil ou de mélancolie, le travail d'élaboration de la perte dépendra de la représentation que s'en font les parents. La fratrie et l'entourage familial sont également affectés tant par l'issue de la grossesse que par la tristesse des parents. Le silence social qui entoure ces situations génère un grand sentiment de solitude pour ces mères qui se sentent incomprises et se considèrent responsables de la mort de leur bébé, ce qui est source d'une immense culpabilité.

La persistance d'un déni social entourant ces situations s'oppose à une prise de conscience progressive des équipes de maternité et des services de néonatalogie de la particularité de ce travail de deuil. Amorcé

1. La mortinatalité désigne les enfants sans vie. Le taux de mortinatalité est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des nés vivants et des enfants sans vie.

par les professionnels de la santé mentale depuis une vingtaine d'années, cet intérêt pour le deuil périnatal et son accompagnement est relativement récent. Parallèlement à l'évolution des protocoles de prise en charge médicale et aux avancées légales en matière de reconnaissance à l'état civil, une réflexion pluridisciplinaire est amorcée sur l'éthique, les pratiques et leurs conséquences sur les parents confrontés à la perte de leur enfant en devenir. Mais ces rituels, mis en place pour favoriser la reconnaissance de l'objet perdu, sont remis en question par Hughes en 2002².

86 % des patientes démarrent une nouvelle grossesse dans les dix-huit mois suivant la perte³ ; se pose alors la question de la spécificité de cette grossesse suivante, dans un contexte de deuil, ce qui n'aurait retenu l'intérêt de la communauté scientifique que depuis une quinzaine d'années⁴. Certes, la grossesse suivant une perte périnatale vient rassurer les parents dans leur capacité à procréer mais celle-ci n'est pas sans risque d'un point de vue psychologique. Il est cependant à noter d'une part un manque de consensus dans la littérature sur les conséquences d'une nouvelle grossesse sur le processus de deuil périnatal ; ces grossesses suivantes, teintées du deuil, semblent représenter un facteur de risque dans l'attachement prénatal avec des conséquences sur le lien à l'enfant à venir, d'autre part.

Considérée par certains auteurs comme une crise comparable à celle de l'adolescence, la grossesse est une période de remaniements psychiques où se réactualisent des conflits prégénitaux et des identifications œdipiennes entraînant une fragilisation particulière pour la femme enceinte. Si la grossesse survient dans la suite d'une perte périnatale, elle est particulière du fait qu'elle condense deux crises : les mouvements identificatoires de la grossesse, auxquels se surajoute la dynamique du deuil périnatal. Nous assistons donc à une crise dans la crise : temps de crises, temps de réactivation des conflits œdipiens et précœdipiens où l'inquiétante étrangeté du fœtus attendu est majorée par l'histoire précédente. Cette grossesse est source d'interrogations multiples et d'angoisse de la part des femmes enceintes : quelle place donner à l'enfant attendu sans faire courir le risque d'oublier celui qui est perdu ?

2. P. Hughes, P. Turton, E. Hopper, G.D.H. Evans, « Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study », *The Lancet*, vol. 360, n° 9327, 13 juillet 2002, p. 114-118.

3. M. Cuisinier, H. Janssen, C. Degrauw, S. Bakker, C. Ogduin, « Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors », *Journal of Psychosomatic, Obstetric and Gynaecology*, n° 17, 1996, p. 168-174.

4. P.A. Geller, D. Kerns, C.M. Klier, « Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions », *Journal of Psychosomatic Research*, n° 56, 2004, p. 35-45.

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche s'inscrit dans un projet plus large intitulé « Soigner, soulager, revisiter le deuil prénatal et accompagner la famille lors de la grossesse suivante. Quelles traces du prénatal dans le lien à l'enfant puîné ? », dirigé par les docteurs Bérengère Beauquier¹, Marie-José Soubieux² et le professeur Sylvain Missonnier³. Participent également à ce groupe de recherche Jessica Shulz et le docteur Marie Emmanuelle Mériot.

Je tiens à les remercier chaleureusement de la créativité de nos échanges qui ont contribué à alimenter ma réflexion dans la clinique passionnante de la périnatalité que nous partageons, avec une intention spéciale à Sylvain Missonnier qui a dirigé mon travail de thèse.

Mes remerciements vont également au professeur Yves Ville, chef de service de la maternité de Necker, pour avoir favorisé ce travail ; cela témoigne d'une volonté d'une réflexion pluridisciplinaire et d'une nécessaire collaboration entre somaticiens et psychistes, afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

Je tiens à remercier spécialement Christine Lefin, pour son amitié et son soutien sans faille, que ce soit lors de la thèse ou lors de l'écriture de cet ouvrage. Sa disponibilité et son regard critique et bienveillant ont largement contribué à la réalisation de ce travail. Mes remerciements vont aussi à Sylvie Séguret ; nos échanges ayant notamment participé à la découverte de la notion d'enfant palimpseste. Sans oublier Laurence Gillette, Anne

1. Pédopsychiatre, service du professeur B. Golse, hôpital Necker-Enfants malades, APHP, 149 rue de Sèvres, 75015 Paris.

2. Pédopsychiatre, psychanalyste, Centre périnatal, hôpital Sainte-Anne, 26 boulevard Brune, 75014 Paris.

3. Professeur de psychologie clinique de la périnatalité, directeur du Laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP, EA 4056), Institut de psychologie, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris Cité. Psychanalyste SPP.

Blanchetier et Capucine Foulon, collègues et amies qui m'ont soutenue tout au long de ce travail.

Je tiens enfin et surtout à remercier toutes ces femmes, ces mères, ces couples, ces parents que j'ai rencontrés depuis plus de vingt-cinq ans dans ma pratique hospitalière. Dans cette clinique de l'extrême, j'ai entendu beaucoup de douleur et de souffrance ; mais j'ai aussi vu qu'un chemin était possible après ce qui semble irréprésentable, à savoir la mort d'un enfant en devenir. Je les remercie de leur confiance.