

# Particularité du deuil périnatal

Autor(en): **Wailly, Diane de**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 3

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949045>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Particularité du deuil périnatal

Diane de Wailly, psychologue clinicienne exerçant notamment à la maternité de l'hôpital Necker à Paris, analyse dans cet article les spécificités du deuil d'un bébé attendu, proposant ainsi des pistes de réflexion pour la pratique des soignant-e-s accompagnant les parents en devenir lorsqu'ils traversent cette épreuve. Elle publiera dans le prochain numéro d'*Obstetrica* un article consacré à la grossesse suivant un deuil périnatal.

TEXTE :  
DIANE DE WAILLY



Le deuil périnatal est une réalité obstétricale fréquente puisque 25% des grossesses n'arrivent pas à terme, que ce soit dans le cadre de fausses-couches précoces, d'interruptions volontaires de grossesse, de morts fœtales in utero (MFIU) ou d'interruptions médicales de grossesse (IMG). Ainsi en France en 2017, 7499 enfants sont nés sans vie pour 730242 naissances d'enfants vivants (selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)<sup>1</sup>. Il n'est donc pas rare dans la pratique des sages-femmes de rencontrer telle patiente ayant un parcours obstétrical douloureux ou telle autre qui démarre une nouvelle grossesse dans un contexte de deuil périnatal. Ce deuil périnatal est particulier du fait qu'il touche une pluralité de registres. Il concerne non seulement la perte d'un enfant en devenir pour lequel le processus d'investissement était en cours mais aussi la fin d'une grossesse et l'interruption d'un projet de couple. C'est également une expérience qui touche la femme dans son intimité physique, le corps étant particulièrement sollicité par la grossesse et l'accouchement. Un certain déni social entoure ces situations de pertes avant la naissance, comme si elles étaient inacceptables voire irréprésentables, ou comme si ces mères endeuillées étaient mortifères et génératrices d'angoisse, puisqu'allant à l'encontre de la représentation sociale de la femme enceinte porteuse de vie. De ce fait, un profond sentiment de solitude est exprimé

par les femmes endeuillées, sentiment qui contraste paradoxalement avec leur besoin de se mettre en retrait: solitude devant un événement considéré souvent comme un «non-événement» social, solitude liée à la honte de n'avoir pas été capable de faire un enfant vivant et bien portant, solitude aussi pour ce travail de deuil particulier consistant à se réapproprié l'enfant dans son nouvel état, car l'angoisse de l'oublier est bien présente.

## Le deuil périnatal, un deuil multiple

Évènement violent, la mort d'un enfant en devenir constitue un véritable traumatisme psychique pour les parents en devenir, qui vient bousculer le processus de parentalisation. Lorsque la naissance et la mort surviennent dans le même temps, 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 bouleversement des remaniements identitaires lié à la grossesse rend le travail d'élaboration de la perte d'autant plus difficile. Ce travail de deuil particulier tient sa spécificité du fait de la perte d'un enfant qui n'a pas ou peu vécu. En effet, dans le deuil périnatal, ce qui est perdu est mal connu, davantage ressenti, imaginé, fantasmé. Le fœtus-bébé perdu, objet-non objet, est partiellement soustrait à la conscience; certains parents parlent

de fœtus, d'autres de «projet d'avenir», certains enfin lui ont déjà donné un prénom et attribué des qualités... Pour certains, c'est avant l'humain, voire même du monstrueux en cas de pathologie fœtale, pour d'autres, c'est déjà au contraire un enfant, sexué, prénommé... le gradient des représentations est large. Ainsi en cas de perte, les mères ne savent pas toujours bien ce qu'elles ont perdu. Pour autant, quelle que soit la représentation qu'elles ont de leur fœtus, elles peuvent dire que c'est une partie d'elle-même qu'elles ont perdue. Dans ces situations de perte, les femmes se sentent souvent mal comprises de leur entourage; entourage, qui voulant soulager par des propos bienveillants, peut profondément blesser les femmes et alors augmenter leur sentiment de solitude. Ainsi, il n'est pas rare qu'elles entendent des propos tels que «Heureusement que ça s'est passé ainsi, il avait sûrement un problème» ou «Tu es jeune, tu en referas un autre», etc. Par ces propos, les femmes endeuillées ne se sentent pas reconnues dans leur maternité, ni comprises dans leur douleur à la hauteur de ce qu'elles ont perdu avec ce que cela représente pour elles-mêmes ou pour leur couple. Mais l'entourage est parfois bien démuni pour savoir comment soulager et soutenir la mère endeuillée.

## Quel est l'objet du deuil?

Il semble important de préciser ce que la grossesse représente comme investissement pour la femme, pour saisir plus finement ce que la perte va représenter et les multiples deuils que la femme va avoir à réaliser.

La découverte de la grossesse entraîne un double investissement: narcissique d'une part et objectal d'autre part. Dans les premiers temps de la grossesse, la femme décrit son état le plus souvent comme «Je suis enceinte». C'est la dimension narcissique de la grossesse, avec ce que cela vient toucher de la nature profonde de la femme. Et l'état

<sup>1</sup> On recense en Suisse 150 interruptions de grossesse à un stade avancé (au-delà de 17 semaines) par an, les enfants morts-nés (au delà de 22 semaines) représentant 0.5% des grossesses. On estime en outre que les enfants nés sans vie (avant 22 semaines) représentent 20% des grossesses. (sources: Commission nationale d'éthique, [www.nek-cne.admin.ch](http://www.nek-cne.admin.ch), et Office fédéral de la justice, [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch))

psychique particulier de la femme enceinte, qualifié de transparence psychique va dans ce sens: elle est dans un état de particulière vulnérabilité et de sensibilité avec une réactivation de son passé lié à un abaissement de la barrière du refoulement. Ainsi, remontent à la surface des souvenirs anciens, des bons comme des moins bons. Les fantasmes habituellement oubliés reviennent en force à la mémoire, sans en être empêchés par la censure, ce qui n'est pas sans surprendre les femmes. D'où la grande facilité voire le besoin des femmes enceintes



iStockphoto

*La découverte de la grossesse entraîne un double investissement: narcissique d'une part et objectal d'autre part, (...) l'évolution n'étant pas nécessairement corrélée au terme.*

de se confier. Parallèlement à cet investissement narcissique de la grossesse, se développe un investissement objectal de celle-ci, à savoir une prise en compte de la présence de cet autre à l'intérieur de soi, considéré progressivement comme un autre distinct de soi. C'est le processus d'objectalisation qui se développe progressivement au cours de la grossesse et qui fait dire aux femmes enceintes «J'attends un enfant». L'objectalisation du fœtus attendu est notamment favorisée par les échographies, la perception des mouvements actifs du bébé ou les rêveries maternelles et du couple. Ce double investissement persiste tout au long de la grossesse même si l'investissement narcissique du début diminue au profit de l'investissement objectal; l'évolution n'étant pas nécessairement corrélée au terme. Ainsi, telle femme dès le premier trimestre, imaginera son embryon/fœtus comme une petite fille qu'elle emmènera au parc faire de la balançoire ou son fils qui jouera au football avec son père; à l'inverse, telle autre femme au troisième trimestre de sa grossesse se sentira davantage dans un état l'impactant elle-même dans sa vie quotidienne... Ainsi, en cas de décès, la nature de la perte ne sera pas

la même en fonction de la représentation qu'en a la mère, mais toutes les femmes peuvent dire qu'en perdant leur bébé attendu, elles perdent également une partie d'elles-mêmes. Les exemples choisis sont certes un peu extrêmes, mais ils illustrent le gradient de représentations possibles que la femme, le couple se fera de ce qui est perdu; en en ayant connaissance, cela peut éviter aux soignant·e·s de faire violence, sans le savoir, en parlant de l'accouchement d'un bébé mort pour une femme qui considère que sa grossesse s'arrête et qu'elle expulse un fœtus ou à l'inverse de l'expulsion d'un fœtus pour celle qui attend un enfant et qui accouche d'un bébé mort. Dès lors, comment savoir? Si le terme de la grossesse n'est pas un repère auquel se fier, comment savoir s'il est préférable de parler de fœtus ou de bébé? D'accouchement ou d'expulsion? Pourquoi alors ne pas demander à la mère de quelle façon elle souhaite parler de tout cela...

**Le temps du deuil**

Le travail de deuil se traduit dans la réalité par différentes étapes car même si chaque mort est particulière, chaque deuil unique et chaque endeuillé singulier, force est de constater que lors d'une perte, nous retrouvons dans notre clinique trois étapes traversées par les endeuillé·e·s. Le premier temps est celui du choc, plus ou moins prononcé, d'autant plus brutal que la mort est inatten-

due, notamment en cas de mort fœtale à terme. La deuxième étape, qui constitue le cœur même du deuil est un authentique état dépressif qui aboutit pour finir à la phase de terminaison, où de nouveaux investissements seront possibles. Ces différentes phases se succèdent tout en se chevauchant, dans une évolution processuelle. En effet, il est nécessaire que le traumatisme initial soit au moins partiellement pris en compte pour que la phase dépressive débute mais celle-ci s'amorce avant même que la perte soit totalement reconnue. Enfin, la dernière étape de terminaison peut advenir avant même que la phase dépressive soit totalement terminée. Chacune de ces phases peut avoir un aspect clinique varié, dans ses manifestations ou sa durée. L'important en est l'évolution. Même s'il n'est pas possible de fixer une durée normale au deuil, le premier anniversaire est une étape importante et constitue un moment particulièrement douloureux.

**Les rituels**

La particularité de ce deuil périnatal vient du fait que l'objet perdu n'est pas ou peu connu; il n'y a pas d'histoire commune si ce n'est celle du temps de la grossesse. Alors, les femmes n'ont que peu de souvenirs sur lesquels s'appuyer pour ce travail de deuil, d'où sa spécificité. A la question des souvenirs, s'associe celle des représentations et du statut de ce fœtus, à la fois pour les

mères, les pères mais aussi pour l'entourage et plus largement la société. Les rituels, différents selon les cultures et les époques, vont permettre de donner une réalité à la perte. Ils contribuent également à donner une reconnaissance sociale aux parents et donc une reconnaissance à la douleur de la personne endeuillée.

#### Voir ou ne pas voir le corps du bébé?

Pour favoriser la reconnaissance de la perte, les pratiques en maternité ont évolué: d'une pratique il y a une trentaine d'années où les femmes accouchaient sous anesthésie générale et le fruit de l'expulsion leur était caché, on est passé actuellement à un accouchement sous péridurale avec la proposition faite aux parents de voir le corps de leur bébé mort. Et souvent ces derniers s'interrogent sur ce qu'il serait mieux de faire.

Une étude anglaise (Hughes *et al.*, 2002) a révélé l'impact potentiellement traumatique pour les femmes qui ont vu et porté leur bébé, avec des répercussions sur l'attachement à l'enfant lors de la grossesse suivante. Alors que l'idée de présenter le bébé mort allait dans le sens de favoriser la reconnaissance de ce qui est perdu pour permettre au travail de deuil de se faire, finalement la réponse est loin d'être systématique. En effet, une autre étude (Cacciatore *et al.*, 2008) a montré que ce qui était traumatique pour les femmes était que leur désir ne soit pas respecté: qu'on impose à une mère de voir son bébé alors qu'elle ne le souhaitait pas ou à l'inverse, qu'on empêche une mère le voir, sous couvert de la protéger alors que tel était son désir. En fonction de la nature de l'investissement de la grossesse, davantage narcissique ou davantage objectalisé, l'impact de voir le bébé perdu peut soit s'inscrire dans une continuité et avoir du sens pour la mère soit au contraire lui faire violence et la précipiter dans quelque chose dans lequel elle n'est pas encore. Montrer un bébé à une femme qui est «juste enceinte» peut être traumatique puisqu'elle n'en est pas encore à cette représentation de la grossesse. L'important semble donc de respecter le désir de la femme et du couple, sachant que chacun des deux membres du couple peut avoir un souhait différent, et que le couple peut aussi évoluer dans son désir. Les parents sont informés du fait qu'ils peuvent changer d'avis et qu'ils peuvent voir leur bébé dans des temporalités différentes, en salle d'ac-

couchement ou plus tard à la chambre mortuaire. Ce qui peut parfois faire violence, c'est la proposition réitérée et l'insistance de voir le corps lorsqu'une femme ne le souhaite pas; les soignant·e·s, dans une préoccupation bienveillante, renouvellent la proposition de voir le corps et la mère vit parfois cette insistance comme un non-respect de son désir ou même comme un jugement qu'elle ne serait pas une bonne mère en ne souhaitant pas voir le corps de son bébé, générant alors une culpabilisation ultérieure.

### *Voir le bébé s'inscrit dans une démarche dynamique où la sage-femme peut décrire le bébé, la distance étant ajustable au gré du souhait des parents.*

#### Les photos, bracelets et empreintes

En salle d'accouchement, les soignant·e·s réalisent dans la mesure du possible des empreintes de pieds du bébé décédé. Celles-ci sont remises aux parents avec le bracelet d'identification du bébé.

Des photos sont également prises soit en salle d'accouchement ou à la chambre mortuaire, photos à destination des parents. Il paraît important de préciser que les photos ne sont pas une alternative au fait de voir le bébé. En effet, voir le bébé s'inscrit dans une démarche dynamique où la sage-femme peut décrire le bébé, la distance étant ajustable au gré du souhait des parents. A l'inverse, la photo est par essence une image statique; soit elle n'est pas vue, soit elle est vue. Alors que la présentation du corps peut se faire de loin, le corps sous un linge, découvert délicatement au rythme du souhait des parents avec des mots accompagnant la démarche, la photo est davantage statique et peut de ce fait avoir un impact plus traumatique car figé. Que des parents souhaitent récupérer la photo de leur enfant lorsqu'ils l'ont vu, cela est très cohérent et s'inscrit dans une continuité;

en revanche, on peut s'interroger sur l'éventuel impact traumatique pour des parents de voir une photo s'ils n'ont pas rencontré leur bébé préalablement.

#### Le devenir du corps

En France, il existe plusieurs possibilités concernant le devenir du corps du bébé décédé. Les parents ont la possibilité de prendre en charge les obsèques ou l'hôpital peut s'en charger. Dans ce dernier cas, l'hôpital procède à une incinération collective des bébés décédés. Il est important de préciser aux parents le grand respect porté par les équipes à la prise en charge des corps, comme pour tout·e patient·e. Dans la mesure où l'incinération ne laisse pas de cendres ni de traces, un médaillon est placé dans un des cercueils et est recueilli après l'incinération. Il symbolise alors ces enfants décédés. Il est ensuite déposé dans une stèle du souvenir lors d'une cérémonie de commémoration collective trimestrielle. Cette cérémonie est un temps précieux pour les parents, temps de recueillement et de mémoire, temps également où ces parents se sentent moins seuls dans leur douleur puisqu'entourés d'autres parents et familles endeuillées.

#### Le retour à la maison

La sortie de la maternité est une étape difficile pour les mères qui sortent les bras vides. Le couple va se retrouver seul au domicile, avec peut-être une chambre déjà préparée pour le bébé à venir, sans plus avoir les rendez-vous médicaux qui jalonnaient le temps de la grossesse. Ils vont être traversés par une multitude d'affects: tristesse, douleur, colère... Le temps du deuil est un temps où les mères endeuillées doivent réaliser ce qu'elles ont perdu et transformer la relation qu'elles avaient avec le défunt. Avant de pouvoir se détacher de ce bébé, elles ont besoin de penser à lui, besoin d'éprouver la douleur de son absence et besoin de le pleurer. Et certaines peuvent dire combien elles ont besoin de cette douleur pour rester en lien avec lui. Elles sont totalement absorbées par ce qu'elles viennent de vivre et sont dans l'incapacité à penser à autre chose. Parfois, certain·e·s conjoint·e·s pensent aider leur femme en lui proposant de «faire» des sorties ou des activités; les mères endeuillées ont besoin dans un premier temps de se laisser aller à leur tristesse. Et il est important de respecter ce temps-là. Viendra en-

suite le temps où la douleur s'atténuera et où la blessure cicatrisera. Pour autant, la trace de cet événement restera et même si la crainte de l'oublier est grande pour les mères, l'existence même courte de leur bébé restera dans leur mémoire.

### Que dire aux aînés?

Il semble fondamental d'expliquer aux aînés ce que le couple est en train de vivre. En effet, les enfants perçoivent la tristesse de leurs parents et la sensibilité dans laquelle ils sont. Souvent, des parents disent qu'ils ne montrent rien devant leurs enfants; si l'on peut les croire, en revanche il est difficile d'imaginer qu'un enfant ne perçoive rien des émotions qui traversent ses parents, quel que soit son âge. Et si rien ne leur est dit, les enfants peuvent imaginer qu'ils sont responsables de la douleur de leurs parents, ce qui est extrêmement angoissant pour eux et leur fait craindre de ne plus être aimés. Sans rentrer dans les détails,

des parents peuvent expliquer aux aînés que le petit frère ou la petite soeur attendu ne viendra pas à la maison parce qu'il ou elle est mort-e. Ce mot, difficile à prononcer par les parents, n'aura pas le même retentissement chez l'enfant qui, avant l'âge de 6 ans, n'a pas la représentation de la mort. Dans la mesure où c'est le mot qui correspond à la réalité, il permet d'expliquer aussi la tristesse associée. Certains parents, voulant protéger leur enfant, disent que le bébé est parti... Ce qui peut être extrêmement angoissant pour l'enfant car lorsque papa ou maman part travailler, qu'en sera-t-il de son retour?

### Et après?

Au bout d'un certain temps, la douleur va s'atténuer et l'absence va s'approprier, sans pour autant que l'enfant perdu ne soit oublié. Alors viendra le temps d'autres projets, et pourquoi pas celui d'une nouvelle grossesse. ☉

AUTEURE



**Diane de Wailly,**  
psychologue clinicienne, PhD.

### Références

- Cacciatore, J., Radestad, I. & Froen, J. F. (2008)** Effect of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*; 35:4, décembre, 313-320.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. & Evans, C. D. H. (2002)** Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*; vol. 36, 13 juillet.
- de Wailly, D. (2018)** Attendre un enfant après une interruption médicale de grossesse. L'enfant palimpseste. Eres.



OXYPLASTINE® pâte cicatrisante

- Protège contre l'érythème fessier
- Active la régénération de l'épiderme



Depuis des décennies des parents satisfaits et des bébés heureux!