

INSTITUT D'ENSEIGNEMENT À DISTANCE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS 8

PARCOURS PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIES - MASTER 2

PERINATALITE ET RESSOURCES PARENTALES



COURS RÉDIGÉ PAR CORINNE ANTOINE

Enseignante à l'IED
Psychologue – Thérapeute de couple et de famille
Praticienne EMDR et ICV
Hypnothérapeute

Introduction	3
Qu'est ce que la périnatalité ?	3
Chapitre 1 - La psychologie de la grossesse	5
Introduction	5
Le vécu de la femme enceinte - les transformations psychiques	6
Une crise identitaire	8
La transparence psychique	10
La dette de vie	12
Les mouvements psychiques autour du fœtus	13
L'élaboration de l'enfant imaginaire	15
Le cerveau de la femme enceinte	16
L'allaitement	17
Chapitre 2 - L'établissement des premiers liens d'attachement	18
L'accordage affectif - Les interactions affectives	18
La synchronie dans l'accordage affectif	19
La théorie de l'attachement	20
La transmission des modèles d'attachement.	23
La construction de l'attachement :	24
Les différentes figures d'attachement	26
Le holding, le handling, et la préoccupation maternelle primaire (Winnicott)	29
Chapitre 3 - La santé mentale de la parturiente : les pathologies du post-partum	30
Le Baby-Blues	30
La dépression du post-partum	32
Quel terrain pour la dépression ?	33
L'impact de DPP sur le bébé	35
Une piste sur le traitement	37
Les psychoses puerpérales	37
Chapitre 4 - Les situations particulières	38
Le deuil périnatal	38
Introduction	38
La définition du deuil périnatal	39
Les spécificités du deuil périnatal	40
Quelles sont les particularités de ce deuil ?	42
Le déroulement de la situation de deuil en 5 temps	44
IMG - L'interruption médicale de grossesse	59
Le fonctionnement psychique dans ce contexte particulier	61
L'importance de l'accompagnement dans l'IMG	62
Aller jusqu'au bout, le refus de l'IMG	62
En résumé :	63
IVG - L'interruption volontaire de grossesse	63

L'IVG comme un « accident »	64
L'IVG comme passage à l'acte	66
L'IVG comme un refus de la dette de vie	66
Désir de grossesse mais refus d'enfant	66
Conclusion	67
Chapitre 5 - Les ressources parentales	69
La mise en place de la parentalité	69
Devenir Parent	69
La co-parentalité	71
L'alliance familiale	72
La résilience familiale	73
La compétences des familles	74
Conclusion	76
Bibliographie	77

Introduction

Qu'est ce que la périnatalité ?

“La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson ; en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement” (Solidarités-santé.gouv). Trop souvent idéalisée, ou banalisée par la société, le poids des mœurs et des stéréotypes, il est incompréhensible qu'une femme puisse être dans le désarroi à cet instant. Ainsi la mère se doit d'être parfaite et pleinement heureuse et pourtant cette période de « Révolution intérieure » (Antoine, 2007), entraînant des modifications profondes, intimes.

Et pourtant, il n'est pas rare que ce temps de gestation soit chaotique car il pousse les individus dans des modifications majeures et durables. Je vous propose de vous arrêter sur les processus en jeu durant cette période de transformations et de réfléchir à votre place de futur(e) psychologue auprès de ces femmes, de ces futurs parents.

Comment observer ? Quels symptômes prendre en compte ? Accompagner de quelle manière ?

L'enjeu principal des professionnels dont vous ferez partie sera de faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après l'accouchement. En effet, nous savons que l'état émotionnel de la future mère peut avoir des effets non seulement sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement mais également sur les interactions avec le bébé. D'où l'importance de ce regard bienveillant durant cette période.

L'accès au statut de parent, et singulièrement à la maternité, est un processus complexe qui implique tout à la fois une dimension physique, une dimension sociale et une dimension psychologique. Sa réussite comme ses aléas jouent un rôle majeur sur l'équilibre de la famille et le développement de l'enfant.

L'intervention en périnatalité tend à fournir aux parents un accompagnement du processus de parentalité, qui prend en compte les besoins psychologiques de chacun et qui cherche à leur assurer une sécurité affective maximale. Elle souhaite ainsi prévenir l'apparition de troubles et soutenir le développement psycho-affectif de l'enfant et de la famille par l'apport de conditions d'environnement qui soient le plus favorables possibles.

Dans ce cours j'ai choisi de vous présenter les notions qui me paraissent incontournables même si ce cours ne peut être exhaustif dans la mesure où chaque chapitre aurait pu à lui seul représenter un cours.

Nous débuterons par les modifications durant la grossesse, ainsi que la théorie de l'attachement. Ensuite, j'ai choisi de vous présenter la dépression du post-partum car très fréquente et donc important pour vous de pouvoir la reconnaître et la prendre en compte rapidement.

J'ai opté pour le deuil périnatal avec l'IVG et l'IMG afin que vous puissiez comprendre le choc que vivent les parents à ces moments là. Enfin, j'ai développé la parentalité, les ressources et les compétences des parents dans leur construction de la famille et leur capacité à faire face.

Je vous propose dans chaque chapitre « Pour aller plus loin » qui vous donne accès à des articles, émissions, liens internet, afin d'approfondir les idées que je n'ai pas pu développer.

Deux devoirs vous seront proposés à m'envoyer à la correction, le premier fin novembre et un en février.

J'ai une permanence chaque semaine où vous pourrez me joindre,

En attendant je vous souhaite une très bonne rentrée.

Chapitre 1 - La psychologie de la grossesse

Le vécu de la femme enceinte : comment penser l'impensable.

« La maternité : exercer un pouvoir sur son corps, se dédoubler et rester unique, se multiplier, faire du désir de vie, la vie » Halimi, G.¹

Introduction

Cette citation nous plonge directement dans les énigmes, les paradoxes de cette période, ce long cheminement qui aboutit à la création d'un individu et de la famille. J'exposerai principalement les modifications psychologiques de la jeune mère en gestation. Cette véritable « crise identitaire » dont parle certains auteurs, tels que Bydlowski ; Bion ; Bergeret-Amselek ; ou de cette révolution intérieure dont parle Antoine. Nous verrons dans ce chapitre les principales étapes de la maternité.

La conception d'un enfant ne suffit pas à faire d'une femme une mère. Devenir mère est un processus beaucoup plus complexe que le simple fait de concevoir un enfant, c'est ce que je vous propose d'appréhender dans cet exposé.

Un auteur précurseur dans ce domaine : Racamier (1961)² qui utilise pour la première fois le terme de « maternalité » pour conceptualiser ce passage. Il condense à la fois les termes maternel, maternité et natalité ; le suffixe « alité » rendant compte de ce mouvement d'assomption du devenir-mère. Il s'est beaucoup intéressé aux psychoses du post-partum, et pense que pendant la maternité la structure psychique est proche de la structure psychotique mais réversible ! Selon lui, « la maternalité » correspond à l'ensemble des processus psychoaffectifs se développant et s'intégrant chez la femme lors de la maternité.

Beaucoup d'auteurs sont en accord sur le fait que pendant la grossesse, l'histoire de la mère, son inconscient et son imaginaire influencent la relation qu'elle établit avec le fœtus. Les modifications qui surviennent chez la future mère l'amènent à revivre certaines de ses expériences infantiles de satisfaction et de frustration et les projettera sur la représentation qu'elle se fait d'elle-même en tant que mère et de l'enfant qu'elle a été.

Il y aura une part d'elle-même corporellement et psychiquement qui s'identifie au bébé. Ce passage va, en quelque sorte, donner la tonalité de la maternité. La mère va progressivement aimer son enfant et tout en aimant son propre corps, c'est un régime narcissique et fusionnel essentiel au bon déroulement de la maternité. Comme l'explique Racamier (op.cit.) la grossesse est un moment particulier dans la vie d'une femme où s'articule des mouvements psychiques et des changements psychologiques et émotionnels intenses. La relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui.

La femme enceinte se complaît narcissiquement dans sa nouvelle situation, et petit à petit, elle semble ne s'intéresser plus qu'à elle-même et au bébé à venir. Elle se protège en se coupant du monde et désinvestit ce qui ne concerne pas sa maternité.

¹ Halimi, G. « le lait de l'oranger » Gallimard, 1988, p.319.

² Racamier, P.C. « La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum » in Evolution psychiatrique, 1961, p.341.

Bergeret-Amselek, C³, affirmera des années plus tard que « la maternalité est une étape existentielle clef dans l'éclosion de l'identité d'une femme » sur le parcours de ce qu'elle a appelé sa féminité. Elle définit la maternalité comme une crise, au même titre que le sont l'enfance ou encore l'adolescence. Donc il ne s'agit pas de voir la crise de la maternalité comme le signe de quelque chose d'anormal, mais davantage comme une crise d'identité nécessaire. Elle est la conséquence inévitable des grands bouleversements corporels, biologiques et psychiques soulevés par la maternité.

Le vécu de la femme enceinte - les transformations psychiques

Selon Bydlowski (1997)⁴, la vie imaginaire et fantasmatique de la mère pendant la gestation va avoir un caractère fondateur pour la préhistoire affective du bébé. Ainsi, si l'enfant fantasmatique reflète la préhistoire maternelle, son évocation va évoluer en fonction des différentes étapes de la grossesse.

Lors du premier trimestre, la femme est valorisée, comblée dans sa féminité. L'embryon n'est pas perçu et fait partie intégrante de son corps et elle n'a pas encore de représentation de l'enfant. Selon Stern (1998)⁵, tant que la femme n'est pas sûre de la viabilité de sa grossesse, elle a peur de perdre le bébé et ne s'autorise pas à y penser en termes trop spécifiques. La première échographie montre l'image du bébé, le fœtus réel, et vient rompre l'unité narcissique. Il va apparaître petit à petit dans son psychisme sur un plan imaginaire et fantasmatique.

Un certain degré d'objectalisation apparaît progressivement avec l'apparition des mouvements fœtaux au 2e trimestre. L'expérience de fusion prend fin, et l'enfant gagne en autonomie dans le corps de la femme, qui peut l'identifier à l'intérieur d'elle. Assurée de la viabilité de la grossesse, la femme laisse le processus imaginaire prendre son essor, et commence à imaginer les caractéristiques physiques et psychologiques de son bébé. L'enfant se voit attribuer un tempérament, des qualités héritées des différents membres de la famille, on lui prête des intentions en interprétant ses mouvements.

En caressant son ventre, ou en lui parlant à haute voix, la mère interagit avec lui. Par ce lien imaginaire, elle construit le bébé idéal, ainsi que son identité de mère. Parfois, cette construction imaginaire peut s'établir sur un mode représentatif désinvesti, l'enfant ne bougeant pas beaucoup, il ne change rien dans la vie de la femme. Parfois il la contrarie, et la construction imaginaire s'ébauche dans la conflictualité. Ces représentations peuvent être bloquées et ne parviennent pas à émerger, par crainte de s'attacher à l'enfant.

L'enfant imaginaire est celui auquel pense et s'adresse la future mère. Craint et adulé, sa construction se base sur le désir de maternité et ses fantasmes, la situation réelle de la mère et l'élaboration de fantasmes conscients. Elle essaie de deviner son aspect, prédit la vie de l'enfant, s'inquiète de sa survie. Le choix du prénom peut être révélateur du désir d'un certain type d'enfant. Il peut être choisi en référence à certaines personnes qu'on admire, à une loyauté familiale ou bien un désir de s'éloigner. La mère semble personnifier son bébé pour qu'il ne soit pas un étranger à la naissance. Elle rêve aussi à son rôle de mère.

³ Bergeret-Amselek C. (2005) « Le mystère des mères », Paris : Desclée de brouwer, p.78.

⁴ Bydlowski, M. « La dette de vie » : itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, PUF, 1997.

⁵ Stern, D. « Naissance d'une mère », Ed Odile Jacob, Paris, 1998.

Selon Bydlowski (op.cit.), ce que la femme entoure de ses bras pendant la grossesse n'est pas un enfant, mais un ventre. Le seul enfant représentable est celui qu'elle a été. Le fait que l'enfant réel n'est pas admis dans les représentations maternelles, explique selon elle la grande difficulté des accoucheurs à obtenir de la femme qu'elle fasse quelque chose pour l'enfant, comme se reposer, arrêter de fumer... Pour s'éloigner de l'inquiétante étrangeté suscitée par l'embryon, la mère se raccroche à une image de nourrisson de quelques semaines, et non celle de l'embryon ou du nouveau-né le jour de sa naissance.

Au cours du dernier trimestre, le fœtus contribue à sa propre individuation, par des mouvements, des rythmes et des niveaux d'activité distincts. La perspective de l'accouchement va enfin ébranler la relation fantasmatique avec l'enfant imaginaire (Soulé, 1982 ; Stern, 1998). A partir du 8e mois, la mère déconstruit le bébé imaginaire et les représentations concernant le bébé deviennent moins riches. Elle se prépare alors à la venue de l'enfant réel, et évite la désillusion d'un enfant décevant. L'enfant échappe alors aux projections trop idéalisées de l'enfant imaginaire maternel. Plusieurs recherches affirment que vers la 36e semaine de grossesse, les mères ont développé des perceptions stables du tempérament de leur enfant en se basant sur leurs fantaisies et émotions (Ammaniti, 1999)⁶. Elles ont alors tendance à se faire de plus en plus de souci à propos de l'accouchement et de la santé de l'enfant au fur et à mesure qu'elles se rapprochent du terme, ce qui peut expliquer également l'arrêt de l'élaboration de leur bébé imaginaire.

La période de gestation est donc très importante pour l'élaboration de deux catégories de représentations : celles qui concernent l'enfant à naître et celles qui concernent la femme et son rôle de mère. Ces deux types de représentations sont intimement liées et s'entraînent l'une l'autre. Le fœtus n'est pas défini en tant que tel, mais en tant que précurseur du bébé, support de la projection du bébé imaginaire. C'est un objet psychique inattaquable puisque situé dans la tête et non dans le ventre.

Pour Anzieu (1985)⁷, toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. C'est ainsi que Missonnier et Bayle ont juxtaposé aux événements physiologiques fondamentaux de la grossesse des phases psychiques correspondantes.

On peut considérer la grossesse comme la réussite paradoxale d'une « greffe biopsychique », c'est à dire que la gestation psychique est indissociable de la gestation physiologique (Bayle 2003)⁸. L'œuf, l'embryon, puis le fœtus résistent aux pratiques défensives du corps maternel qui cherche à les expulser. Le placenta régule certains mécanismes, purifie, détoxifie et son action s'organise autant vers l'organisme maternel que vers celui du fœtus. Lorsque ce dernier ne s'opposera plus au rejet, ce sera le moment de l'accouchement. Alors que l'être humain s'implante dans le corps, il nidifie également dans le psychisme de la mère.

C'est ce que Missonnier (2004)⁹ appelle « la relation d'objet virtuel » (ROV), en raison de la non visibilité de l'être en gestation. Ainsi, le placenta, qui a une fonction vitale pour contenir et nourrir

⁶ Ammaniti, M. « Maternité et grossesse », Ed PUF, Paris, 1999.

⁷ Anzieu, D. (1985) « Le moi peau », Ed Dunod, Paris, réédition 1996.

⁸ Bayle, B. « L'embryon sur le divan », Ed Masson, Paris, 2003.

⁹ Missonnier, S. « La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité », Ed PUF, Paris, 2004.

le fœtus, a pour corollaire le placenta psychique, qui favorise la création d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction. Il est essentiel dans la genèse de la relation d'objet à l'égard de l'enfant virtuel. La ROV permet aux futurs parents, à travers des identifications projectives à tonalité contenant ou déstructurante, de construire leur identité parentale, virtuelle tout d'abord, qui viendra ensuite s'affirmer dans le réel après la naissance.

Selon Missonnier (op.cit.), l'enfant virtuel n'est pas seulement l'incarnation du narcissisme parental, mais il permet l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal. La relation d'objet virtuel est donc une interface entre le devenir parent et le naître humain, qui précède la relation parents-bébé.

Une crise identitaire

Une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Elle mettra ainsi au monde dans son esprit, non un nouvel individu, mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère. Stern et Bruschweiler-Stern (1998)¹⁰ parlerons de « psyché maternelle » pour décrire « cette organisation mentale unique, ce paysage subjectif qui appartient en propre à la femme qui devient mère ». La psyché maternelle est selon eux universelle, nous verrons en paragraphe 1-8 une recherche soulignant qu'il y aurait une réponse comportementale commune programmée dans le cerveau. (paragraphe 1-7).

La femme fait en un sens l'expérience de trois grossesses simultanées : le fœtus qui grandit dans son utérus, l'identité maternelle qui se développe dans sa psyché et le bébé imaginaire qui prend forme dans son esprit. C. Revault d'Allones¹¹ parlera, elle, d'une double naissance et d'une double identification de la jeune femme qui donne naissance à son premier enfant. Il y a, à la fois, la naissance de son enfant et sa propre naissance en tant que mère. Pour elle, il y aurait « un double mouvement d'identification à sa mère et à son enfant, où s'articulent de manière variable et aléatoire ses possibilités progressives et régressives ».

On souligne ici un double mouvement d'identification, qui unit trois générations au moment de la première maternité d'une femme : sa famille, soi-même et l'enfant en devenir.

Lorsque l'on côtoie en clinique des femmes enceintes on s'aperçoit très rapidement cet état « de crise passagère ». Winnicott¹² parlait de « folie maternelle passagère » où elles disent elles-mêmes ne plus se reconnaître. Il y a une force qui les pousse à traiter les informations dont elles sont souvent débordées.

¹⁰ Bruschweiler-Stern « Naissance d'une mère », Ed Odile Jacob, Paris, 1998.

¹¹ Revault-D'Allones, C. « être, faire, avoir un enfant », Ed Petite bibliothèque Payot, Paris, p 304.

¹² Winnicott, D. « La mère suffisamment bonne », Ed Payot, Paris, 2006.

Vignette clinique : Solène

Solène a eu 3 grossesses et a vécu un état dépressif pour les 3 grossesses, l'empêchant de vivre normalement cette période. La première dépression fut désastreuse car elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait, elle s'est beaucoup culpabilisée, mais pour les 2 autres elle a su les surmonter car elle était persuadée que cet état s'arrêterait après l'accouchement. Elle avait vécu elle-même, enfant, de l'abandon, sa mémoire l'avait plongé très petite dans un mécanisme de protection intense c'est-à-dire une forme d'anesthésie générale au stress, le cerveau sait très bien faire cela pour survivre. La maternité, mécanisme trop bouleversant, réactive son stress initial.

C'est une période délicate où les liens se font entre l'état de gestation qu'elles vivent et les remémorations infantiles dont elles sont envahies. L'état de conscience est modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient abaissé, c'est-à-dire que des reviviscences mnésiques et des fantasmes régressifs affluent de l'inconscient sans rencontrer la barrière habituelle du refoulement, c'est ce mécanisme qui plonge les femmes dans des bouleversements intenses. Nous verrons au paragraphe 1-8 comment les modifications du cerveau provoquent ou accompagnent cela.

Vignette clinique : Virginie

Virginie à l'inverse de Solène se remémore et demande une consultation. Elle est enceinte de 7 mois et demi et ne se sent pas bien du tout comme elle me l'explique au téléphone.

« Je suis une femme dynamique qui a su jusqu'à aujourd'hui se débrouiller seule mais là je n'y arrive pas. J'ai des souvenirs d'enfance qui me reviennent et je ne sais pas quoi en faire, comment les traiter, si il faut les prendre en compte ou pas, je suis perdue et je ne veux pas que mon bébé ressente cela ».

Virginie dans sa première consultation me dressera le schéma de sa famille d'origine. Une mère dépressive, un père absent, un frère très autoritaire et « malmenant » je reprends le terme employé. Les grands-parents décédés ou éloignés sans de réels liens. Au fil de l'entretien on comprend le malaise du couple, les parents ne se supportaient plus ce qui entraînait le père hors de la maison avec prétexte du travail mais avec également une suspicion de double vie, sa mère déjà en fatigue psychique depuis de nombreuses années, se retrouvait écrasée par sa vie, par les tâches ménagères, par la solitude maritale, et un fils aîné très dur, qui dirigeait la maison lorsque son père n'était pas là. Virginie, elle, ne faisait pas de vagues pour ne pas fatiguer sa mère et ne pas énerver son frère très « réactif ». Depuis qu'elle est enceinte des images difficiles lui reviennent de son père qui part alors qu'elle a besoin de lui, de sa mère qui ne la protège pas du tout du frère, du frère qui lui fait sans cesse peur. Elle se remémore un souvenir terrible lorsque son frère l'a enfermée dans un placard parce qu'elle n'a pas voulu l'aider à nettoyer sa chambre. Et les paroles de sa mère « débrouillez-vous entre vous, vous me fatiguez ». Sans jamais nommer mais Virginie me décrivait des scènes de maltraitements. J'ai reçu Virginie une dizaine de séances pendant la grossesse et juste après l'accouchement avec son bébé. Ces temps lui ont permis de « nettoyer » sa mémoire de l'émotionnel ancré dans la peur d'être un mauvais parent. En effet, elle avait finalement cette crainte de ne pas être à la hauteur et surtout de reproduire un couple et une famille dysfonctionnels.

Nous observons à travers cette vignette clinique que la femme enceinte vit un état particulier qui permet grâce aux modifications du cerveau de se remémorer des fragments de l'inconscient qui viennent à la conscience.

Bydlowski, M. (2001)¹³ écrirait à ce propos :

« Au même titre que l'adolescence, la grossesse est une période de conflictualité exagérée, une crise maturative. Alors qu'à l'adolescence, l'enjeu est de renoncer à l'enfance pour aborder l'âge adulte, au cours de la première grossesse, l'enjeu est de changer de génération de façon flagrante et irréversible. Cette crise mobilise l'énergie psychique en réveillant de l'anxiété et des conflits latents ». Bion, W.R. (1962)¹⁴ préférerait quant à lui employer le terme de « turbulence émotionnelle », Antoine, C. (2007)¹⁵ celui de « Révolution intérieure » tandis que Bergeret-Amselek (2005)¹⁶ fait sienne cette idée en ces termes : « Celles qui deviennent mères passent par des « dénarcissisations » provisoires, dangereuses, car affaiblissant leur moi, ces étapes de régressions nécessaires font vivre des états d'extrême fragilité, avant que la jeune mère ne se répare en étant « renarcissisée » par son nouveau rôle de mère, grâce à son bébé ».

La transparence psychique

Dès les premières semaines de la grossesse l'équilibre habituel de la femme est remis en question. Il y a un besoin accru d'aide, et une ambivalence permanente.

La transparence psychique conduit la femme à surinvestir le travail sur elle-même et sur l'enfant qu'elle était autrefois, en gardant, et ce de façon étonnante, le silence sur l'enfant qu'elle porte. Il y a donc une réactivation du passé. « Au cours de cette période, des réminiscences anciennes et des fantasmes habituellement oubliés affluent en force à la mémoire sans être barrés par la censure ». Ainsi, le refoulement, force psychique tenant la vie intérieure à l'abri de l'irruption intempestive du passé, ne joue plus sa fonction protectrice. M. Bydlowski¹⁷ expliquera les raisons de cette transparence psychique par « l'existence d'un double phénomène : d'une part, l'abaissement des résistances habituelles face au refoulé inconscient ; d'autre part, l'hyperinvestissement dont le nouvel objet psychique – l'enfant – est l'enjeu ».

La transparence psychique peut être organisatrice lorsqu'elle permet des réaménagements psychiques plus structurants, afin de résoudre d'anciens conflits infantiles. La période de gestation est une étape propice au travail psychique, les femmes enceintes ont cette capacité d'avancer très rapidement sur leur problématique, par contre cela ne se fait pas forcément sans heurts.

Bydlowski (op.cit.)¹⁸ nomme « transparence psychique » la grande facilité avec laquelle la femme laisse émerger les souvenirs, les traumatismes ou les conflits archaïques et œdipiens qui ont émaillé son enfance. Cette transparence est caractérisée par une levée partielle du refoulement, la censure ne jouant plus son rôle protecteur. Des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent alors facilement à la conscience.

¹³ Bydlowski, M. (2001) Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, Devenir, volume 13, p.41-52.

¹⁴ Bion, W.R. « Aux sources de l'expérience », Ed Puf, Paris, 1962.

¹⁵ Antoine, C. « La révolution intérieure » Ed Larousse, Paris, 2007.

¹⁶ Bergeret-Amselek (2005) « Le mystère des mères », Ed Desclée de brouwer, Paris, 2005 p.78

¹⁷ Bydlowski, M. « La dette de vie », Ed Puf, Paris, 1997, P 90 à 103.

¹⁸ Bydlowski, M. « op.cit. » p 93

Pendant la gestation l'enfant n'est représentable pour la future mère que sous la forme d'éléments du passé. Des corrélations sont établies entre la grossesse et des souvenirs infantiles très fortement réactivés. La levée partielle du refoulement entraîne une régression narcissique qui renvoie la future mère aux expériences de sa relation archaïque avec sa propre mère.

Des angoisses primitives, parfois antérieures à l'acquisition du langage, peuvent ressurgir. Elles concernent la mère au moment où elle était un nourrisson fragile, dépendant de la qualité des soins de sa propre mère, vivant l'alternance de sa présence et de son absence. La contenance thérapeutique est de rigueur avec les femmes enceintes car elles peuvent rapidement vivre des émotions intenses et déstructurantes.

C'est une période de questionnements intenses parfois douloureux où la femme se questionne sur ses origines, son passé, ses liens, la maternité renvoie à sa mère, à sa fratrie, à son enfance, «une mémoire de la phase d'attachement tendre et passionné à la mère d'autrefois, celle des premiers soins, fontaine de vie et de tendresse » Bydlowski, M. (op.cit.)¹⁹.

La relation entre la femme enceinte et sa mère est au centre des problèmes psychologiques de la grossesse et de toutes les fonctions de reproduction souligne H. Deutsch, H. (2002)²⁰.

Toujours concernant cette période particulière qu'est la grossesse, H. Deutsch (op.cit.), psychiatre et psychanalyste américaine, évoque la notion d'angoisse. Elle résume son point de vue en affirmant que la grossesse donne à la femme l'occasion de « maîtriser d'anciennes angoisses en maîtrisant de nouvelles ». En effet, pour la femme devenant mère, la vie est une suite d'expériences dont certaines peuvent être traumatisantes. La femme se remémore ces expériences pendant la grossesse. Si elle supporte les fortes tensions émotives liées à la grossesse, elle devient capable de résoudre à la fois le passé et le présent, et le Moi de la femme peut ainsi s'épanouir dans la maternité. « Les émotions nouvelles de la maternité permettent au Moi de résoudre des problèmes qu'il ne parvenait pas à résoudre auparavant ».

Bergeret-Amselek, C. (2005)²¹ la rejoint lorsqu'elle voit dans le processus de maternité « un corps à corps mère-fille » de l'ordre de quelque chose qui passe de son corps au nôtre par un cordon de transmission mère-fille que la maternité prolonge et que la mort de la mère coupe définitivement. Elle ajoute que la grossesse est une période de rencontre privilégiée entre les mères et leurs filles, une sorte de passation de pouvoir, « véritable pouvoir occulte, permission donnée par notre mère d'être mère à notre tour ».

Bydlowski, M. (2001)²² partage cette idée puisque pour elle, en enfantant, une femme « rencontre et touche sa propre mère, la prolonge en se différenciant d'elle ». C'est ce qu'elle nomme le versant homosexuel de la maternité » car outre le versant œdipien (porter l'enfant de son père), en mettant au monde son enfant, une femme reconnaît sa propre mère à l'intérieur d'elle-même, la retrouve et rivalise avec elle.

En conclusion, la transparence psychique apparaît dès le début de la gestation et permet à la mère, à l'autre bout du processus, de se mettre dans un état optimal de réceptivité aux signaux du bébé et de s'adapter à lui. L'expérience de la grossesse et ce qu'elle comporte de régression, de narcissisme,

¹⁹ Bydlowski, M. «La dette de vie », Ed Puf, Paris, 1997, p.163.

²⁰ Deutsch, H. « Psychologie des femmes », Tome 2 maternité, Ed PUF, Paris, 2000.

²¹ Bergeret-Amselek, C. « Le mystère des mères, Paris », Ed Desclée de Brouwer, Paris, 2005, p.58 et 63

²² Bydlowski, M. « Le regard intérieur de la femme enceinte », transparence psychique et représentation de l'objet interne », Ed Devenir, volume 13, 2001, p. 41-52.

permettent de mettre en place le processus de préoccupation maternelle primaire, indispensable à l'élaboration de la maternalité et des interactions précoces mère-enfant.

La transparence psychique est donc le temps d'une régression narcissique, c'est-à-dire une sensibilité à des affects et représentations refoulés, marquée par la réactivation des conflits latents, la modification de la représentation de soi et de l'image du corps.

La dette de vie

Je vais à nouveau citer Bydlowski, M.(op.cit)²³ avec sa notion de transmission de « dette de vie » qui aborde la filiation humaine dès la naissance et même dès la conception, une dette inconsciente qui relie parfois « enchaîne » les sujets à leurs parents et à leurs descendants. Et pour certains « l'enfant sera le prix à payer pour la transmission de la vie ».

Pour la psychanalyse et notamment Bydlowski (2000)²⁴ le vrai travail psychique pour devenir mère demandera à la femme de s'identifier à sa mère de la période précœdipienne. Pour cela, la représentation de la mère œdipienne, mère rivale qui suscite haine et sentiments hostiles, devra s'effacer au profit de la mère d'autrefois, premier objet d'amour de l'enfant, la mère de la tendresse originaire. De ce fait, pourra naître le désir d'être, comme elle, une mère. Cette identification à la mère, premier objet d'amour, qu'elle nommera « la mère suffisamment faible », peut s'exprimer de la façon suivante : « mon père autrefois, en te désirant, a fait de toi, ma mère, un objet d'amour. Comme toi, par l'enfantement, je ferai l'expérience de la perte. D'ailleurs cet enfant, je te le dois pour te réparer des outrages du temps ». Ainsi, beaucoup d'enfants premiers nés ont ainsi le destin d'être donnés à la grand-mère maternelle. Cet enfant étant celui qu'elle ne peut plus concevoir, cet enfant qui va la combler du fait de son grand âge. Ainsi, la dette d'existence due à la mère sera payée à travers cet enfant premier né.

Tous les auteurs s'accordent à dire que c'est à partir de deux ans et demi que les enfants ont une identité sexuelle bien établie. Donc dès toute petite, la fillette commence à imaginer et jouer avec l'idée d'être mère un jour. Ces vagues notions vont se préciser au cours de l'enfance et plus encore dans l'adolescence. Elles prendront un sens nouveau lorsque la jeune fille tombera amoureuse et trouvera un compagnon. Ce processus va s'accélérer lorsque la femme apprendra qu'elle est enceinte et qu'elle se prépare réellement à devenir mère.

Les femmes ont une grande responsabilité car elles détiennent le formidable pouvoir de la grossesse et de la mise au monde. Les mouvements identificatoires débutent très tôt dans l'enfance de la petite fille « un mouvement d'identification qui lie la petite fille à sa mère dès l'origine ; cette mère source de vie, fontaine de chaleur et de tendresse sans laquelle l'enfant tout petit ne pourrait survivre ».

Bydlowski (2000)²⁵

Bydlowski, M. conceptualise « la dette de vie » pour expliquer cette mémoire de cet amour originel et de sa permanence à l'intérieur de soi, source d'un sentiment de gratitude envers ses parents et plus particulièrement sa propre mère. Ce lien créé restera à jamais et par ce lien particulier de la grossesse où la mère et l'enfant ne font qu'un et qui relève quasiment de l'indicible vont s'instaurer les premiers liens d'attachement.

Ce temps de grossesse nécessaire permet de se préparer à devenir parents et donc à accueillir le bébé dans les meilleures conditions. Il y a très souvent une idéalisation qui permet de mettre de côté

²³ Bydlowski M., « La dette de vie », Ed PUF, Paris, 1997, p.90 à 103.

²⁴ Bydlowski, M. « Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité », Ed Odile Jacob, Paris, 2000, p 163.

²⁵ Bydlowski M. Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité, Paris : Editions Odile Jacob, 2000 p.34.

l'inquiétude de cette période et de tous ces changements, de cette « Révolution intérieure » (Antoine, 2007).

Les thérapeutes familiaux auront une lecture un peu différente de « la dette de vie ». Dans un article Marchi (2020)²⁶ interroge des thérapeutes familiaux sur la dette de vie. Cette dette de vie suit l'individu toute sa vie, il se sent débiteur de ses parents, il a une dette à rembourser, des obligations envers eux ! Prieur, N. psychothérapeute familial écrit « tout parent devrait savoir que l'amour qu'il porte à ses enfants est un cadeau désintéressé, d'autant que la vie qu'ils nous ont donnée, ils l'ont eux-mêmes reçue ». Hefez, S. thérapeute familial ajoutera également « chacun occupe un rôle dans sa famille et dans sa généalogie. Il y a les rôles officiels - le père - la mère - le frère aîné - la soeur cadette - et les fonctions secrètes, les missions implicites qui agissent à notre insu et que l'on transporte toute notre vie ». Ainsi, l'un des enfants aura pour mission de détourner sa mère de la dépression, un autre sera « parentifié » pour servir de soutien à un père défaillant, un autre encore jouera le rôle de médiateur. Ceux qui se sentent obligés de prendre les autres en charge ont occupé, enfant, la place du « protecteur » prêt à se sacrifier pour le bonheur des autres ».

Lebovici (1983,1985,1989,1998) a travaillé toutes ces années autour de l'idée de la dette que la fille contracte envers sa mère lorsqu'elle attend un enfant. Il s'inspire aussi de l'éthologie et des thérapeutes familiaux en s'appuyant sur la notion de transmission transgénérationnelle des parents aux enfants, montrant comment les processus psychiques d'une génération peuvent influencer ceux de la génération suivante (non dits, parole, interdits, comportements) et la transmission intergénérationnelle entre les parents et les enfants, permettant aussi la transmission de la culture familiale. Pour lui la parentalité est une co-construction entre passé et présent, à laquelle il donne le nom « d'arbre de vie » (Antoine, 2007, p.157)²⁷. Il s'appuie sur le concept de systémie, la famille étant un système complexe, au sein de laquelle une « homéostasie » s'instaure, chaque membre de la famille tendant à stabiliser l'histoire, malgré les difficultés. Au sein d'une famille un enfant peut avoir.

Les mouvements psychiques autour du fœtus

Pour Soulé, M. (2004)²⁸ qui a orienté ses études principalement sur la prénatalité, donc la vie foetale, il soumet l'idée que « les expressions psychiques » ont un support biologique, un vécu corporel dont l'histoire commence avec la vie foetale ». La vie foetale n'est pas un préambule mais véritablement le début « du premier chapitre de vie ». Michel Soulé insistait sur l'importance de la cavité orale, le carrefour « bucco-naso-pharyngien dont Spitz, R. avant dès 1968 décrit le rôle primordial. La combinaison cavité orale et main, serait selon lui servant probablement de modèle à la première structure du moi ».

Pour Racamier (op.cit) la mère se trouve dans l'obligation d'intégrer la représentation qu'elle se fait du fœtus au sein de sa propre image corporelle. Et selon lui c'est la difficulté de la rencontre de ces deux représentations que naîtraient les incidents affectifs bien connus de la maternalité. Il précise que les processus qui se déroulent chez la femme enceinte reflètent ceux qui se développent chez le fœtus, et inversement bien sûr.

²⁶ Marchi, C. « Interview dans psychologies.com 9 juillet 2020.

²⁷ Antoine, C. « La révolution intérieure », Ed Larousse, Paris, 2007, p.157.

²⁸ Soulé, M. « cité dans Le fœtus dans notre inconscient » Jean Bergeret, Dunod, Paris, 2004, p.134.

Dès 1949, Deutsch pensait que les vomissements du début de grossesse pourraient être le signe inconscient du côté rejetant de l'ambivalence de la mère envers son fœtus dont elle tendrait à se détacher. En parallèle, ces vomissements lui prouvent de façon répétée que le bébé n'a pas été détruit, ce qui la rassure quant à sa capacité d'être bonne.

Soulé, M.²⁹ insiste sur cette « incroyable étrangeté » de toute personne qui saisit un fœtus sur l'échographie. Et cette image risque d'inhiber le libre développement de l'enfant imaginaire nous en parlerons ci-après. Il parlait « d'interruption volontaire de fantasmes ».

La future mère n'a pas d'éléments relationnels suffisants pour se faire une représentation du fœtus pendant sa vie amniotique. En effet, le fœtus est « contenu matériellement dans l'utérus maternel mais le psychisme maternel ne peut encore, faute d'interrelations plus directes et notamment visuelles, que contenir et rêver le bébé imaginaire de demain » (Golse, 1996).

Investissement et désinvestissement du fœtus sont, selon Sirol (1999)³⁰, les prémices de l'amour maternel. Or tout investissement est ambivalent, si bien que si la grossesse peut être considérée comme une source de satisfaction, elle ramène également la femme à son histoire infantile, et à ses tendances hostiles. L'investissement narcissique concerne le désir de grossesse, le vécu des modifications corporelles et la diminution des activités. L'investissement libidinal concerne le désir d'enfant et le monde fantasmatique de la femme. Il intègre l'acceptation, l'hésitation ou le refus de devenir parent. Selon Ammaniti (1999)³¹, les représentations maternelles sont liées au narcissisme du sujet menacé par l'enfant à venir et aux relations d'objet établies pendant la toute petite enfance. La femme ressent à la fois des sentiments de culpabilité, de rivalité, de haine, et d'amour.

Selon Darchis (2002)³², le fait de désirer un enfant peut être lié à un autre souhait, inconscient celui-là, de retrouver la période où l'on n'était qu'un nourrisson, enveloppé dans les bras de sa mère, bénéficiant de toute son attention, chaque besoin satisfait. Pour obtenir la satisfaction régressive de son soi infantile et archaïque, la mère a besoin du soutien de son entourage. La future maman a besoin d'une image parentale à laquelle s'identifier pour pouvoir devenir mère. Elle a besoin d'être entourée, chouchoutée, et fait cette demande auprès de sa famille, de ses amis, voire auprès des équipes soignantes qui vont l'accompagner pendant la grossesse.

Ces rapprochements témoignent du travail de préparation de la future mère, qui pourra donner au bébé ce qu'elle a reçu.

C'est ainsi qu'a lieu un mouvement de double identification de la femme avec celui qui prend soin (sa mère) et celui qui reçoit les soins (le fœtus) (Soubieux, Soulé, 2005)³³. Petit à petit, elle se préoccupe plus de ses besoins corporels et de ses satisfactions. Elle exprime le besoin d'être maternée et contenue. Selon Darchis (2002 op.cit.), « en régressant, elle se met en phase avec les vécus de béatitude infantile. Le corps de la mère héberge le bébé et la mère retrouve son moi bébé. Elle est à la fois contenante et contenue. »

²⁹ Soulé, M. « L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire » in *Dynamique du nourrisson*, Ed ESF, Paris, 1982.

³⁰ Sirol, F., La haine de la femme enceinte pour son fœtus, in *Devenir*, N°2, vol.11, Genève, 1999, p 25-34

³¹ Ammaniti, M. « Maternité et grossesse », Ed PUF, Paris, 1999.

³² Darchis, E. « Ce bébé qui change votre vie » Coll. Métier de parents, Fleurus, Paris, 2002.

³³ Soubieux, M.J., Soulé, M. « La psychiatrie foetale », Ed PUF, Paris, 2005.

L'un des mécanismes défensifs face à cette ambivalence est l'idéalisation de l'être à venir. C'est ainsi que l'on parle de bébé, et jamais de fœtus, entraînant une confusion entre l'enfant imaginaire, qui est dans la tête, et l'être vivant dans le ventre (Soubieux, Soulé, 2005)³⁴.

Dès la première phase de sa grossesse, la femme traverse une phase de narcissisme exacerbé, son attention psychique se dirige principalement vers elle-même en tant que contenant. Progressivement, les mouvements fœtaux vont introduire le bébé comme un nouvel objet au sein du Moi. L'image de l'enfant s'affirme alors progressivement dans le psychisme maternel, et crée un espace mental qui lui est spécifique et permet le début de l'élaboration de l'enfant imaginaire.

L'élaboration de l'enfant imaginaire

La réflexion pour conceptualiser la vie imaginaire de la femme pendant sa gestation, comment l'enfant se construit dans la tête d'une future mère a fait coulé beaucoup d'encre. Il n'est rien de plus motivant que de comprendre la formation des représentations mentales qui aideront la mère à accepter l'enfant. La création de l'enfant parfait qui viendra combler la mère – les parents – cet enfant qui portera une partie de la lignée familiale. Pour le penser, plusieurs auteurs princeps ont proposé une catégorisation.

Selon Soulé, M. (op.cit.1982)³⁵, l'enfant imaginaire s'élabore dès la petite enfance de la future mère. Il est investi de toutes les qualités, et de tous les pouvoirs. Il est l'enfant idéal élevé de façon idéale par une mère idéale.

Ce que Lebovici, S. avait distingué dès 1983 à savoir les quatre types d'enfants dans la tête de la mère restent d'actualité :

- L'enfant imaginaire, élaboré pendant la grossesse : essentiellement enraciné dans le préconscient, il alimente les rêveries de la mère. C'est l'enfant assigné du mandat transgénérationnel, que la mère imagine, auquel elle rêve, dont elle établit la destinée.
- L'enfant du fantasme, qui renvoie aux désirs infantiles : enfant œdipien, essentiellement inconscient, il est le fruit du désir d'enfant. Il fait l'objet d'une dette qui réactualise la transparence psychique.
- L'enfant mythique est chargé des références culturelles que tout être humain subit. La mère introduit sa culture non seulement dans les soins qu'elle offre mais dans les représentations qu'elle ébauche dès la grossesse.
- L'enfant narcissique doit réparer et combler l'attente parentale.

Missonnier, plus contemporain, reprendra l'enfant virtuel « l'enfant du dedans » et posera le concept de ROV. Il s'inspire de Claude Levi-Strauss, qui définit le lien biopsychique qui s'établit en prénatal entre les devenants parents et celui qu'il nomme « l'enfant du dedans ». Il définit le ROV relation d'objet virtuel, comme cette anticipation périnatale n'est pas un état statique mais un processus dynamique et adaptatif. « Elle concerne l'ensemble des comportements, des affects et des représentations (conscientes, pré conscientes et inconscientes) à l'égard de l'embryon puis du

³⁴ Soubieux, M.J., Soulé, M. « La psychiatrie foetale », Ed PUF, Paris, 2005.

³⁵ Soulé, M. « L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire » in Dynamique du nourrisson, Ed ESF, Paris, 1982.

foetus ». Il ajoute que l'enfant apporte « l'actualisation d'un potentiel créatif chez les parents » car avant sa conception, l'enfant existe « en puissance » pour ses futurs parents et ce qui signe la spécificité du fonctionnement prénatal parental. Il ajoute « les identifications projectives parentales prénatales normales ou pathologiques sont très souvent représentatives de la tonalité contenant ou déstructurante du virtuel parental qui s'actualise en postnatal ». Missonnier, S.; Golse, B. ; Soulé, M. (2004)³⁶

Parallèlement aux rêveries consacrées à l'enfant imaginaire, vont également s'organiser les représentations de la femme en tant que mère. Elle anticipe la façon dont elle va être mère, en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère et en imaginant la relation qui l'unit à son enfant. Les représentations formeront un ensemble cohérent et riche si la femme se prépare à son rôle maternel de façon adaptée. Ces représentations peuvent aussi être conventionnelles, en répondant à des stéréotypes sociaux. L'anticipation est alors marquée par un faible investissement émotionnel et la femme imagine son rôle de mère sans créativité.

Nous soulignons une continuité entre le style maternel développé au cours de la gestation et le type de maternage développé par la suite. Le clinicien observateur pourra grâce aux critères de maternage savoir si les premiers pas devront être accompagnés.

La représentation de l'enfant à naître semble même s'établir sur la façon que la femme a de se représenter en tant que mère. Ammaniti (1999) avait mis en évidence trois styles de représentations maternelles : le style intégré, le style désinvesti, le style ambivalent. Ces styles sont capables d'influencer les relations précoces mère-enfant.

Selon Bayle (2005)³⁷, « Les interactions réelles et fantasmatiques observées après la naissance dépendent étroitement de l'espace mental maternel élaboré au cours de la gestation, sur la base, notamment, de l'enfant imaginaire et fantasmatique, ou des représentations maternelles ».

Son élaboration permet à la future mère de construire une image d'un enfant à venir différent d'elle et de stabiliser une identification à un rôle maternel. Durant cette phase de remaniements psychiques, la femme se trouve dans un état de haute sensibilité aux situations extérieures réelles. (voir paragraphe 1-7). Cette sensibilité nécessite la mise en place d'un étayage contenant, notamment si l'entourage immédiat est défaillant ou absent. (Soubieux, Soulé, 2005)³⁸

Toutefois, les événements de vie qui touchent la mère pendant la grossesse joueront leur rôle dans la mise en place future des interactions avec son enfant, allant parfois jusqu'à entraîner un remaniement des fantasmes imaginaires. L'interruption de la rêverie maternelle en cours de grossesse peut entraîner des perturbations dans les relations entre la mère et son fœtus.

³⁶ Missonnier, S.; Golse, B. ; Soulé, M. « *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* », Ed PUF, Paris, 2004, p 129.

³⁷ Bayle, B. « *L'enfant à naître* », Ed Erès, Paris, 2005, P 118 à 123.

³⁸ Soubieux, M.J., Soulé, M. « *La psychiatrie foetale* », Ed PUF, Paris, 2005.

Le cerveau de la femme enceinte

Pour aller plus loin

1. Je vous propose d'aller consulter sur le site sciencepost.fr

Un article de 2017 qui présente une recherche sur les modifications du cerveau durant la maternité.

L'instinct maternel aurait-il une origine biologique innée !

En effet, un groupe de chercheurs de l'Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (Etats Unis) l'instinct maternel notamment la réponse des mères aux pleurs de leur bébé serait un phénomène biologiquement inné qui ne dépendrait d'aucun conditionnement extérieur. Il y aurait un comportement maternel commun face aux pleurs des bébés.

2. Je vous propose cet article en annexe n° 1

Pour ce paragraphe je vous annexe un article sur les modifications du cerveau de la femme enceinte et les modifications que cela entraîne sur sa psychologie et son comportement.

3. Je vous joins également un lien internet sur L' émission « Les maternelles » dans laquelle un reportage est fait sur les modifications du cerveau de la femme enceinte par Mr Bruno Suarez à l'hôpital de Thiais.

L'allaitement

Pour aller plus loin

Je vous propose le mémoire de recherche master 1 de Desprez annexe n° 2

Chapitre 2 - L'établissement des premiers liens d'attachement

C'est dans le contexte de l'après guerre que la perte et la séparation ainsi que les carences de soins aux jeunes enfants ont donné lieu à des études portant sur le caractère primaire du besoin d'attachement (Guedeney, 2016)³⁹ et certains psychiatres défendaient déjà une théorie qui allait à l'encontre de la théorie de l'étayage (Fairbairn, Balint, Anna Freud).

Les interactions précoces mère-enfant prennent une place importante dans la clinique de la maternité. C'est une véritable boucle systémique qui donne un enchaînement de processus bi-directionnels comme l'a expliqué à ses débuts Stern, D. (1989)⁴⁰.

Aujourd'hui, on connaît l'importance des liens précoces pour le développement optimal de l'enfant et c'est dans cette optique que l'accompagnement de cette période se fait par les équipes hospitalières, les centres PMI, les psychologues en ville. Nous donnerons dans ce chapitre les bases des interactions précoces et de l'attachement, phénomènes « instinctifs » ou pas pour la survie de l'enfant.

L'accordage affectif - Les interactions affective

“Stern (op.cit.) a proposé un modèle des conduites d'imitation du nourrisson vers la mère et de la mère au nourrisson mais dans le sens de partage d'états affectifs” (thèse Université de Lyon). Il semblerait que dès le début de vie, la relation mère-nourrisson s'établisse donc sur le partage des émotions et des sensations régies par le principe de l'accordage affectif réciproque. Pour que s'organise un lien suffisamment sécurisé avec un objet investi, il est nécessaire que celui-ci soit progressivement « perçu », « construit », et « conçu » comme un « double soi » c'est à dire un double qui n'est pas identique, mais suffisamment semblable pour être investi comme miroir de soi, et suffisamment autre pour ne pas être confondu. Cette relation en double repose sur les compétences croisées de la mère et plus particulièrement du bébé, il est aujourd'hui reconnu que le bébé dispose de facultés innées de projection et d'imitation.

Stern (op.cit.) dénomme « accordage affectif » le fait que l'imitation puisse traduire le passage d'états internes de la mère au bébé et réciproquement, par la contagion d'affect.

Dans le monde interpersonnel du nourrisson, Stern (op.cit.) “établi les étapes du développement précoce dans la perspective de l'intersubjectivité primaire. Ensuite dans le journal d'un bébé (1992)⁴¹ Stern est venu témoigner des capacités stupéfiantes dont il faut faire preuve pour s'identifier au monde interne du bébé”. Le bébé nous fait saisir comment celui-ci à partir

³⁹ Guedeney, A., Guedeney, N. (2002) « L'attachement : approche clinique et thérapeutique » Ed Elsevier, Paris, 2016, p 4.

⁴⁰ Stern, D. « Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développemental », Ed Le fil rouge, PUF, Paris, 1989.

⁴¹ Stern, D.N. « Le journal d'un bébé » Ed Calmann-Lévy, Paris , 1992.

d'expériences relationnelles et sensorielles distinctes va pouvoir peu à peu faire des liens et les rassembler dans un éprouvé signifiant pour lui qu'il y a en fait une continuité entre ces différents vécus, une continuité qui le fait accéder au ressenti et c'est cela, qui lui donne une ébauche d'unité corporelle et temporelle de sa personne en devenir. Stern essaie de mettre en mots les émotions et la vie du bébé. C'est la notion d'enveloppe proto-narrative dont parle Golse (2012)⁴².

Golse (2007)⁴³ pose la question du rythme entre empathie et intersubjectivité, et explique comment la musique a pris sa place dans l'étude des interactions entre le bébé et son environnement, le rythme en constitue la composante centrale comme Daniel Stern a pu la démontrer dans ses études sur la prosodie. Cette harmonie musicale est certaine dans le babillage entre parents et enfants.

La synchronie dans l'accordage affectif

Après l'imitation, qui serait, en quelque sorte, la forme et l'objectif de l'intersubjectivité, la synchronie serait sa temporalité et l'accordage affectif se rapporterait à la concordance temps-intensité. Stern (2010) le synthétise de cette façon, tout en attribuant l'imitation à Andrew Meltzoff (1993), la synchronie à Trevarthen (1998) et l'accordage affectif à lui-même.

L'accordage correspond donc au partage d'affects et d'états émotionnels entre le bébé et sa mère (ou autre partenaire de jeu interactif), la qualité des états affectifs étant reproduite par chacun des partenaires sur un ou plusieurs canaux sensori-moteurs. « Par exemple un geste rythmé du bébé, la mère répondra par une vocalisation de la même tonalité. L'appariement mère-bébé est intermodal. Cette qualité d'échange permet peu à peu une compréhension mutuelle des expériences subjectives. Ainsi peut émerger et se construire le sens du soi du bébé, l'accordage affectif apparaissant au cœur de la compréhension de la naissance de l'intersubjectivité. » S.Pelloux (2014).⁴⁴

Pour Daniel Stern, à 10 mois, un enfant sur 3, a acquis un attachement sûr, donc il peut explorer, observer l'inconnu et s'approcher de lui, il babille et l'adulte répond à la prosodie et l'enfant se met en disposition spéciale pour apprendre à parler.

Par contre, l'enfant insécure reste blotti sur sa mère, il tape l'inconnu et ne se met pas en disposition spéciale pour apprendre à parler. Stern remarque souvent que ses enfants ont connu à l'intérieur de leur famille des traumatismes, (guerre, abandon, dépression).

Candilis, D. (2012)⁴⁵ qui a travaillé avec Stern, reprend son travail et souligne la fine description qu'il a pu faire des mécanismes entre la mère et l'enfant dans les conditions de jeu de chatouilles par exemple. L'effet de surprise que la mère emploie pour exciter son bébé entraîne la dyade dans une danse à effets de surprises que ce soit par les gestes, la voix, les mimiques. Elle précise que Stern se place dans l'analyse du moment présent et « il considère que Freud qui empruntait à l'hydrodynamique son concept d'énergie psychique, en a fait un traitement essentiellement métaphorique en le déclinant sous des catégories telles que les défenses, les conflits, les symptômes ou les pulsions, qui l'ont éloigné de ses intuitions de base. « Pour lui, le mouvement constitue un bon exemple à retenir de cette série dans la mesure où il s'inscrit ».

Un autre auteur qui a énormément travaillé en périnatalité et notamment dans l'évaluation des interactions précoces c'est Serge Lebovici⁴⁶. Il s'appuie sur cette idée du mouvement et du moment

⁴² Golse, B. « A Daniel Stern qui nous manque infiniment », In Spirale, Paris, n° 64, 2012, p 39 à 42.

⁴³ Golse, B. « La question du rythme entre empathie et intersubjectivité », In Spirale, Paris, n° 44, 2007, p 59 à 64.

⁴⁴ Pelloux, S. « L'intersubjectivité à l'hôpital de jour » In Enfance et psy 2014/1 n°62, p 116 à 128.

⁴⁵ Candilis, D. « Dans Stern ou la vitalité », In Spirale n°64, Paris, 2012, p 115 à 120.

⁴⁶ Lebovici, S. « L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires », Ed Eshel, Paris, 1989.

présent. Lebovici, était un homme de «terrain» et avait une ouverture sur le monde et la connaissance en générale ce qui donnait à ses écrits une richesse et un apport poly-factoriels. Il s'est appuyé du reste sur la théorie des systèmes qui observe «l'ici et le maintenant dans les interrelations» et il propose une évaluation pertinente des premiers liens si l'on part du principe que l'enfant et sa mère forment un système dyadique. Pour lui c'est l'enfant qui crée sa mère, il s'adapte à elle et elle lui. Il s'est notamment intéressé aux modélisations des transmissions intergénérationnelles entre les parents et les enfants (nous en reparlerons au chapitre Ressources parentales).

Pour aller plus loin

Article cairn.info Réflexions sur l'œuvre de Serge Lebovici par Bernard Golse dans La psychiatrie de l'enfant 2001/1 (Vol 44) p.5 à p.25.

La théorie de l'attachement

L'attachement est la théorie la plus citée car elle intègre des données psychologiques, sociales, affectives et culturelles.

L'attachement est un processus réciproque nécessitant des interactions entre l'enfant et la figure d'attachement (Ionescu & Blanchet, 2012)⁴⁷.

Les relations d'attachement renvoient aux relations proches que les enfants entretiennent avec les parents et avec d'autres personnes. Comment les enfants vont vivre ces relations qui leur permettent d'acquérir la sécurité affective de l'enfant et comment ces relations jouent dans le bien être des enfants. La question du bien être de l'enfant est une préoccupation majeure nationale et internationale.⁴⁸

L'attachement désigne le comportement de l'individu qui cherche à se rapprocher d'une personne particulière (sa figure d'attachement) dans les situations potentiellement dangereuses. Le processus d'attachement a donc essentiellement une fonction adaptative (Pierrehumbert, 2003)⁴⁹. Il constitue un besoin social primaire et comprend quatre étapes de développement (Ainsworth et al., 1978 ; Pierrehumbert, 2003)⁵⁰

- Étape 1 : Phase de pré-attachement - avant 2 mois le bébé manifeste des comportements signaux sans différencier les personnes.
- Étape 2 : Phase de formation - étape où l'attachement est en train de se faire. L'enfant a recours à divers comportements visant à obtenir la proximité physique du parent. La substitution de la figure d'attachement est encore possible.
- Étape 3 : Phase d'attachement - à partir de 7 mois - établissement d'une relation d'attachement franche, et sélective envers une personne privilégiée. La substitution n'est plus possible.

⁴⁷ Ionescu, S. ; Blanchet, A. « Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie », Ed PUF, Paris, 2012.

⁴⁸ Convention Internationale des Droits de l'enfant - Enquête OCDE 2009, Unicef 2016.

⁴⁹ Pierrehumbert, B. « Le premier lien d'attachement », Ed Odile Jacob, Paris, 2003, p. 87-88.

⁵⁰ Ainsworth et al., 1978 ; Pierrehumbert, B. « Le premier lien d'attachement », Ed Odile Jacob, Paris, 2003, p 88-89.

- Étape 4 : Phase de relations réciproques - 3 à 4 ans l'enfant est capable d'une certaine compréhension du point de vue de l'autre, va chercher à influencer celui-ci afin d'obtenir de sa part certains avantages du point de vue relationnel, comme de l'intérêt ou des soins.

Le précurseur de la théorie de l'attachement fut John Bowlby (1960), psychanalyste britannique, disciple de Mélanie Klein. Le développement du bébé était régi à cette époque par la théorie des pulsions qui expliquait comment le bébé entrait en contact avec sa mère. A l'époque, l'attachement de l'enfant à sa mère était, notamment pour les psychanalystes, l'approche freudienne et en lien avec l'allaitement. En effet, un enfant était attaché à sa mère car celle-ci répondait à ses besoins de nourriture. La théorie freudienne repose sur le modèle des pulsions. Celles-ci ont pour but l'assouvissement et la réduction d'une tension. Il peut s'agir de pulsions d'autoconservation où le moyen pour atteindre ce but est la nourriture. Ainsi l'origine de l'amour serait dans la satisfaction du besoin de nourriture et dans l'attachement au sein nourricier. Le lien à la mère se développerait suite au besoin primaire de nourriture, d'où le terme de théorie de la pulsion secondaire.

Bowlby et Mary Ainsworth dans les années 60, ont donc renversé ces idées établies jusqu'à lors par la psychanalyse sur les premiers liens du bébé à sa mère. Mais c'est vraiment que dans les années 1980, avec le 3ème tome de l'oeuvre de Bowlby que cela a apporté une approche révolutionnaire dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie pour la fin du 20ème siècle comme la psychanalyse l'avait été à la fin du 19ème et début du 20ème siècle

Bowlby élabore alors une critique de la théorie pulsionnelle psychanalytique de Freud mettant en lien l'attachement comme conséquence de l'allaitement, et affirme que l'attachement est un besoin primaire dépendant de mécanismes innés, « Ce qui est inné c'est le besoin d'autrui et non l'attachement en lui-même ». Bowlby parle de « conduites d'attachement », notion qui comprend, selon Zazzo⁵¹, l'idée de lien et de sentiment affectif. « L'attachement désigne un lien d'affection spécifique d'un individu avec un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère, mais il peut aussi se développer avec d'autres individus. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer ». « le bébé est un être de relation » (Pierrehumbert, op.cit.)⁵².

Il propose de montrer sa conception de l'attachement comme un besoin vital de nouer des relations avec des adultes, car le bébé ne survit pas sans l'adulte et tous les enfants naissent avec ce besoin d'attachement. Le bébé à la naissance est équipé pour sa survie. Les pleurs qui auront comme effet d'approcher l'adulte pour réconforter le bébé. Les recherches montrent que les pleurs agissent sur des zones dans le cerveau qui obligent l'adulte à aller réconforter le bébé.

Ce besoin d'attachement est acquis au cours du développement pour être protéger, et ensuite pour se détacher donc une ouverture au monde. C'est parce que les enfants sont protégés qu'ils peuvent s'intéresser aux objets autour d'eux et surtout si l'enfant sait qu'il y a un adulte sécurisant autour de lui.

Bowlby a repéré cinq réponses importantes, qui sont constitutives au développement de l'attachement de l'enfant : sucer, attraper, suivre, pleurer et sourire. Il les appellera les comportements d'attachement qui se développent durant la première année de vie du bébé face à son

⁵¹ Zazzo, R. & Al. (1979). *L'attachement*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1996.

⁵² Pierrehumbert, B. « Le premier lien d'attachement », Ed Odile Jacob, Paris, 2003, p. 60.

caregiver. C'est un lien émotionnel spécifique et se distingue avec le lien que le caregiver développe face à l'enfant et aux processus de liaison associés.

Le comportement d'attachement aura comme objectif de maintenir de la proximité entre l'enfant et la figure d'attachement, qui est préférée aux autres.

L'idée est de comprendre quels sont les liens émotionnels et durables qui entrent en jeu dans le développement de l'enfant et de ses besoins vitaux. Être un bébé est une lutte de chaque instant et il est bien lorsqu'il dort ou lorsqu'il est en sécurité dans les bras de sa figure d'attachement souvent la mère mais nous verrons qu'il peut avoir plusieurs figures d'attachement et qu'il arrive à les hiérarchiser. Le bébé développe tout un répertoire de comportements et des réponses qui lui permettent dans la plupart des cas de retrouver de la proximité avec la figure d'attachement : il pleure, il regarde, il sourit et le parent viendra le réconforter. Le bébé de 12 mois pourra s'approcher de sa figure d'attachement en cas de besoin et se blottira voir s'accrochera à elle.

Les attachementnistes diront que le système d'attachement est toujours une interaction de ce qui vient du plus profond de notre mémoire génétique et de ce qu'il y a de plus sophistiqué en psychologie. Le système d'attachement est biologiquement programmé pour que l'enfant survive et que l'espèce survive.

Lorsque l'adulte répond à l'enfant, son système d'attachement s'éteint et l'enfant peut faire autre chose, s'intéresser à d'autres tâches et découvrir son monde environnant. Par exemple, si vous avez un problème à résoudre vous pourrez aller rencontrer vos figures d'attachement, par contre si vous avez du temps de libre, vous le passerez pas forcément avec ces mêmes figures mais plutôt avec des amis. Là est toute la différence.

La grande découverte de Bowlby est d'avoir pensé que pour comprendre «les systèmes primaires d'attachement» il fallait aller du côté des lois du vivant et inscrire l'homme dans ces lois (Guedeney, N. 2013)⁵³ Il fut influencé par plusieurs disciplines, l'éthologie, et même la systémie. Son intérêt pour l'éthologie et la rencontre avec les recherches d'Harlow, Skinner, Lorenz.

Mais également les travaux de Spitz (1947-1968) sur le développement de l'enfant qui venaient interroger Bowlby ont aidé à la construction de cette approche attachementniste. En effet, Spitz à la suite de sa recherche sur des nourrissons entre 6 et 8 mois abandonnés pendant des mois, et les conséquences graves psychologiques sur ces enfants, notamment la dépression de ces enfants. Il l'appela syndrome d'hospitalisme.

Bowlby s'est donc appuyé sur les différents travaux des éthologues principalement comme Harlow et Konrad Lorenz. Harlow a montré dans ses expériences avec les singes que le besoin de contact et de sécurité à une mère est plus important que l'importance de la faim. Harlow va employer le terme de lien et Lorenz le terme « d'affection ». Harlow (1958) lui va démontrer avec ses expériences avec les singes rhésus, que dans un premier temps le besoin de protection sera plus recherché par le bébé singe que la nourriture. Et qu'une fois le singe protégé il pourra aller chercher de la nourriture.

⁵³ Guedeney, N. « Attachement », Conférence de la pédopsychiatrie, Paris, 2013.

Pour aller plus loin

Aller voir sur youtube « théorie de l'attachement, Harry Harlow et les bébés macaques »

Konrad Lorenz (1935)⁵⁴ avait démontré le concept d'empreinte ou l'imprinting. Les animaux, grâce à un processus d'apprentissage, pouvaient s'attacher au premier objet en mouvement qu'ils voyaient, en référence à son expérience sur les oies cendrées, et donc pas forcément à la mère.

Bowlby comprend aussi que le bébé est dans un modèle adaptatif, et donc l'être humain fait de même il s'adapte à son environnement, ses systèmes motivationnels sont activés et éteints c'est instinctuel. La différence principale de l'être humain est qu'il a un système de représentations psychiques du monde. Ces systèmes de représentations sont liés à l'histoire entre l'individu et son environnement. Donc les représentations du bébé sont construites par l'environnement où il naît et cela déclenche le système d'attachement.

La transmission des modèles d'attachement.

Différentes études, notamment avec des participants vus à l'âge de un an puis à l'âge de 21 ans, semblent montrer que les modèles d'attachement, que l'on peut supposer déjà présents lors de la situation étrange, perdurent tout au long de l'enfance et de l'adolescence avec très peu de changements, les événements de vie intervenants assez peu. D'autres études montrent que certains événements de vie comme le divorce des parents peuvent insécuriser l'enfant, et la correspondance est alors moins forte entre les modèles d'attachement de l'enfant et de l'adolescent. (Pierrehumbert, 2003, 267)⁵⁵. C'est surtout l'environnement qui joue un rôle dans la qualité de l'attachement, il a été démontré que la part du génétique est faible.

Fonagy et coll , (1991) ont mis en corrélation les résultats obtenus dans deux expériences, l'une au troisième trimestre de la grossesse où le Adult Attachment Interview (Main et coll, 1985) mesure la qualité de l'attachement des futurs parents à leurs propres parents, et l'autre avec leur enfant observé à l'âge de un an dans la « situation étrange » (Ainsworth, 1969). Dans la grande majorité des cas les enfants qualifiés comme insécures avaient une mère elle-même catégorisée comme insécure, et les enfants sécures une mère sécure-autonome, la corrélation avec les pères étant moins forte statistiquement mais aussi significative.

Lebovici a aussi développé cette idée, que les parents transmettent à leur enfant durant ses deux premières années de vie, cette sécurité de base ou cette insécurité, qui provient de leurs propres modèles internes d'attachement (Lebovici, 1989)⁵⁶. Mais ce n'est pas une loi de répétition, et certaines femmes ayant vécu des traumatismes durant leur enfance vont avoir la capacité de briser la répétition des schèmes et transmettre à leur enfant un pattern de sécurité. Stern (op.cit) a insisté sur l'importance de ce qu'il nomme « la constellation maternelle » qui réalise chez la mère, autour de la naissance de son bébé, une organisation psychique temporaire et nouvelle susceptible de renforcer ses bases de sécurité, qui fait qu'elle a besoin d'être entourée de femmes, de sa propre mère ou de substituts maternels ou de son mari comme père.

⁵⁴ Lorenz, K. « Les fondements de l'éthologie », Ed Champs Sciences, Paris, 1935.

⁵⁵ Pierrehumbert, B. « Le premier lien d'attachement », Ed Odile Jacob, Paris, 2003,

⁵⁶ Lebovici, S. « Psychopathologie du bébé », Ed PUF, Paris, 1989.

La construction des modèles internes opérants avec une exclusion des expériences passées trop douloureuses peut amener les individus à ne pas pouvoir ajuster ce MIO avec ce qu'il vit dans le présent. « Elles restent influencées par des modes d'interactions passés dans les nouveaux liens qu'elles tissent ; cela les conditionne dans leurs relations amoureuses autant que dans leurs rapports avec leurs enfants. Plutôt que de s'adapter à eux et d'être sensibles à ce qu'ils expriment, elles continuent de fonctionner comme elles le faisaient avec leurs premières figures d'attachement, recréant ainsi le même type d'échange que ce qu'elles ont connu dans leur enfance ».

On observe ainsi un phénomène de transmission intergénérationnelle. « Dans la mesure où le parent a été amené à exclure défensivement certaines informations (par exemple le sentiment d'être rejeté), il ne peut y être sensible chez les autres (Miljkovitch, 2001)⁵⁷. Cette insensibilité non intentionnelle l'empêche de réguler son comportement en fonction de ce qu'exprime l'enfant et le conduit à répéter avec lui des attitudes peu sécurisantes. Cette transmission n'est cependant pas une fatalité. Grâce à une révision du MIO le parent peut échapper à ce destin ». Par exemple une mère qui a connu une enfance difficile mais « métabolisée » parvient à l'évoquer sans se sentir menacée, peut prendre conscience de l'influence qu'elle exerce sur elle et peut contrôler ce qui dans son attitude présente, peut en découler (Miljkovitch, 2003)⁵⁸. Une réflexion sur sa propre histoire, si elle sensibilise à des sentiments refoulés, débouche sur une plus grande empathie et un meilleur ajustement de ses comportements, ce qui dans le cadre de la relation mère-bébé est particulièrement impliquant.

La construction de l'attachement :

Le bébé va avant tout développer une relation à une figure d'attachement primaire avant de pouvoir en investir d'autres, il y a une forme de hiérarchie possible qui se construira. Bowlby avait démontré que les enfants avaient cette possibilité de développer des relations d'attachement avec les personnes qui s'en occupent même si le traitement est sévère (Bowlby, 1969/1982) c'est souligner l'immense besoin vital des enfants de ces conditions d'attachement pour survivre.

Bowlby a mis en avant l'importance de l'angoisse dans les liens d'attachement mère-enfant, angoisse que manifeste le bébé pour alerter, pour montrer sa détresse et ainsi rappeler à lui sa figure d'attachement (Guédeney, Guédeney, & coll., 2016)⁵⁹. Le « caregiving » (ou manière de donner les soins), selon ses modalités de fonctionnement, peut générer différentes émotions chez l'enfant : angoisse, peur, tristesse mais aussi sentiments de plaisir, de satisfaction et de soulagement. alors que Bowlby pensait que la mère représentait la figure d'attachement des recherches après lui ont montré qu'il pouvait y avoir une forme de hiérarchie dans les figures d'attachement même si la mère restait bien souvent la principale parce qu'elle s'occupait plus du bébé au début de sa vie.

Un bébé ne fonctionne pas seul, pas avant 12 mois. A partir de 9 mois toute distance supérieure à celle de l'enfant déclenche le système d'attachement ce que veut le bébé et la proximité de la figure d'attachement. En grandissant les besoins de proximité sont différents mais c'est toujours l'état d'alarme qui active son système d'attachement.

⁵⁷ Miljkovitch, R. « L'attachement au cours de la vie, modèles internes opérants et narratifs », Ed Le fil rouge PUF, Paris, 2001, p.31.

⁵⁸ Miljkovitch R., « Amour et ruptures, les traces laissées par l'enfance », Perspectives Psy 42/2 2003, p.135.

⁵⁹ Guédeney, N., Guédeney, A. (2009) « L'attachement : approche clinique et thérapeutique », Ed Elsevier Masson, Paris, 4ème édition 2016.

Chaque figure d'attachement se construit en 9 mois et ses figures sont irremplaçables, l'inconnu est danger, ce n'est pas une empreinte. Pour que cette sécurité s'établisse entre la figure d'attachement et le bébé il faut une cohérence et une répétition des réponses de l'adulte à l'enfant. Si vous avez déjà vu comment un enfant entre 9 mois et 12 mois fonctionne, vous allez de suite comprendre avec la lecture que je vous propose : l'enfant doit explorer le milieu autour de lui. Il va débiter l'action et suivant ses dispositions propres il aura plus ou moins loin de sa figure d'attachement. Il se retournera et vérifiera si sa figure d'attachement est toujours là et la regarde. En cas de problème, l'enfant reviendra directement sur la figure d'attachement. Si cette dernière n'est pas attentive aux mouvements de l'enfant, ce dernier activera ses signaux : cris, pleurs, rires, ou autres et de ce fait sollicitera l'adulte. Il utilise en quelque sorte sa figure d'attachement pour explorer le monde. On peut parler d'autonomie « savoir que l'on peut le faire seul mais également que quelqu'un peut nous aider ». C'est une expérience très significative lorsque les parents suivent les groupes « bébés nageurs ». La base de sécurité que représente le parent prend toute sa valeur. Le bébé sera lâché seul dans l'eau au prix d'une nage sous-marine mais le bébé pourra à tous moments compter sur son parent. Nous retrouverons dans cette expérience des parents sécures, des parents anxieux ne lâchant pas l'enfant.

Mme Guedeney⁶⁰ explique que tous les parents ne comprennent pas les signaux de détresse des bébés, car il faut interpréter les signaux du bébé non verbaux et les accepter. Le parent imagine l'état mental de l'enfant et il s'accorde à lui et cela amène des propositions de solutions à l'enfant. en cas de détresse 1- tu n'es pas seul 2- je comprends ce que tu ressens 3- je vais t'aider à trouver une solution, c'est de cette manière que l'enfant apprend la sécurité.

Nous savons que les émotions sont des signaux de communication entre humains. Le bébé aura besoin de l'adulte pour réguler ses émotions négatives car elles sont liées à l'interaction, les positives il y arrive seul.

Si l'adulte ne répond pas à ses besoins, l'enfant va s'adapter tant bien que mal avec des stratégies. Allez vers quelqu'un d'autre, être évitant, ne plus percevoir mes émotions négatives, et m'adapter ou amplifier pour que l'adulte me réponde.

Le bébé de 12 mois a construit un modèle de soi en situation de détresse et des autres. Si à chaque fois il a eu de l'aide lorsqu'il en avait besoin, il développe un schéma de confiance en l'autre, mais aussi le sentiment de valeur personnelle.

Jusqu'à 7 mois une personne peut calmer l'enfant mais à partir de 7 mois c'est la peur de l'inconnu donc il veut garder la personne en qui il a confiance et pleure s'il ne la connaît pas et ceci jusqu'à 3/4 ans ensuite cela va mieux car il acquiert la théorie de l'esprit et comprend les autres.

A partir de 4 ans ce n'est plus une présence mais la représentation des modèles qu'il a de la relation à l'adulte.

Les enfants très tôt dès la fin de la première année acquièrent des certitudes par les réponses des figures d'attachement. Ces modèles sont inconscients dit Bowlby avant la première année l'enfant a l'impression d'être compris si la réponse est adaptée.

⁶⁰ Guedeney, N. « Attachement » Conférence 2017 Youtube.

En grandissant, le fait de savoir que le caregiver est toujours disponible pour l'enfant si besoin permet de se détacher physiquement de lui.

Les différentes figures d'attachement

D'autres chercheurs ont montré qu'il y avait d'autres figures d'attachement possible : le père les frères et les sœurs et les grands parents. Bowlby tient compte de ces recherches et il dit : les enfants développent plusieurs figures d'attachement mais ils hiérarchisent les figures d'attachement avec une préférence qui reste souvent la mère. Si la relation avec la figure d'attachement est sécurisée et bien les autres aussi. On sait également par exemple que les pères seront beaucoup plus impliqués lorsque l'enfant grandira, ce qui peut biaiser les recherches sur le bébé. Il note également qu'un enfant insécurité avec sa mère ne sera pas condamné à avoir une mauvaise relation au père, il y a un phénomène de compensation avec les autres. De plus, être sécurisé à son père n'est pas la même chose que d'être sécurisé à sa mère, les pères sont plus stimulants et apprennent plus rapidement l'autonomie à l'enfant. Les recherches montrent que l'attachement au père permettrait à l'enfant de s'engager davantage dans les activités scolaires et permet une meilleure estime de soi. Les enfants développent donc des modèles différents dans l'attachement entre le père et la mère.

A travers la notion de modèles internes opérants (MIO) qu'il considère comme des représentations mentales de soi, de l'autre et du monde, Bowlby intellectualise différents MIO : « sécurisés, évitants, ambivalents ou désorganisés » (Euillet, Spencer, Troupel-Cremel, Fresno, & Zaouche Gaudron, 2008)⁶¹.

Cette typologie d'attachement se retrouve dans le célèbre paradigme de « La situation étrange » d'Ainsworth de 1979 (Zaouche-Gaudron & Pierrehumbert, 2008). Cette dernière définit 3 catégories associées à des comportements spécifiques de la dyade parent-enfant.

En effet pour Ainsworth, la construction des liens d'attachement avec la mère est en parallèle la construction d'un modèle interne des relations dyadiques, ce qu'elle nomme le « working model », qui sera le modèle utilisé pour toutes ses relations futures.

Mary Ainsworth (Ainsworth et al., op.cit.) mit au point une méthode d'observation – la situation étrange – permettant d'identifier différentes attitudes destinées à préserver la base sécurisante nécessaire au bien-être de l'enfant lorsqu'il tente de s'ajuster à une situation donnée. On peut mettre en évidence un type de relation entre le bébé à l'âge d'un an et sa figure d'attachement principale, dans une approche éthologique.

L'enfant est observé dans une salle de jeu successivement en présence de sa mère, confronté au départ de celle-ci, à l'entrée dans la pièce d'une personne étrangère en la présence ou en l'absence de la mère, au retour de la mère, etc. A partir de ces observations, Ainsworth a identifié trois types de comportement qui reflétaient à ses yeux ce qui se passait à la maison, et qui permettaient de déterminer différentes catégories d'enfants (Miljkovitch R., 2004, p. 133) :

Les enfants sécures qui n'activent leur système d'attachement qu'en cas d'absence de la mère (danger potentiel) et qui retrouvent leur calme et leur envie d'explorer très rapidement après son

⁶¹ Zaouche Gaudron, C. et Pierrehumbert, B. « Comportements et représentations d'attachement dans l'enfance, Revue Enfance, Vol 60, Paris, 2008, P 5 à 10.

retour. La mère est disponible et répond aux signaux de l'enfant. Ils peuvent être consolés au départ du parent. Leur détresse vient signaler un besoin de réconfort qu'ils sont capables de recevoir. Ces enfants sont capables d'exprimer leurs émotions. Dans ce cas les parents ont su répondre de manière adaptée aux demandes de leur enfant, le système d'attachement est efficace. Les personnes ayant un état d'esprit autonome ont un accès facile à leurs souvenirs, et à leurs émotions d'enfants, ils perçoivent ces expériences, même dans leur composante négative, comme significatives. Elles valorisent les relations d'attachement, le bilan de leur expérience est cohérent, elles ont confiance en elles-mêmes et dans les autres.

Les enfants anxieux-évitants qui détournent leur attention de leur mère pour se focaliser principalement sur leur environnement. Leur apparente tranquillité avec une absence de préoccupation pour leur sécurité résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne rien attendre d'autrui afin de ne pas être déçu (Main & Weston, 1982). Ils apprennent à ne pas prendre leurs propres sentiments en compte. Pour éviter de se sentir dépendants de leurs proches, ils tentent de se suffire à eux-mêmes. Attachement évitant ou détaché, dans lequel les enfants se détournent de la mère lorsqu'elle part et lorsqu'elle revient, s'intéressant à leur environnement physique. Cette attitude est défensive, face à une mère plutôt « rejetante », n'aimant pas les contacts physiques. Pour ne pas être déçus, ces enfants ne prennent pas en compte ce qui est dit, ils sont environ 20% de la population. L'état d'esprit détaché décrit des personnes se montrant indifférentes, désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles, se présentant comme indépendantes, ayant un accès limité à leurs souvenirs (exclusion défensive) tout en offrant un portrait normalisé voire idéalisé de leur famille. Les termes employés sont parfois en contradiction avec les éléments relatés, ces individus ont confiance en eux et peu confiance dans les autres. (Pierrehumbert ; 2003, p262)⁶². Les mécanismes d'exclusion défensive et de confiance en soi compulsive décrits par Bowlby sont ici en cause.

Les enfants anxieux-ambivalents (« hésitants ») qui exagèrent leurs signaux d'attachement pour attirer l'attention sur eux : ils montrent une grande détresse lorsque la mère quitte la pièce, et lorsqu'elle y revient. Ces enfants vivent une relation de dépendance avec leur mère, ce qui les empêche de s'investir ailleurs (Belsky, Rovine & Taylor, 1984). ils recherchent le contact avec le parent à son retour mais lui résiste en même temps. Dans ce cas, l'enfant lutte contre ses émotions pour obtenir l'attention du parent qui lui adopte un comportement inconsistant vis-à-vis de son enfant. L'attachement « préoccupé » ou « ambivalent », ces enfants exagèrent leurs signaux d'attachement, lorsque la mère part et revient rien ne semble apaiser leur détresse. Ce type d'attachement se retrouve pour environ 15% de la population. L'état d'esprit préoccupé décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image plutôt incohérente de leur passé, il arrive qu'un climat de colère soit encore perceptible vis-à-vis de leurs parents, dans une ambivalence relationnelle témoignant d'une dépendance relationnelle. Ces personnes manquent de confiance en elles-mêmes.

Enfin, Main & Solomon (1988) ont ajouté une quatrième catégorie qui n'avait pas été souligné dans les travaux d'Ainsworth.

⁶² Pierrehumbert, B., « Le premier lien, la théorie de l'attachement ». Paris : Odile Jacob, 2003, p.262.

Les enfants insécurisés - désorganisés-désorientés qui présentent des comportements d'appréhension, les uns n'osant poursuivre leurs tentatives d'approche du parent, et les autres se montrant effrayés : ils ne semblent pas pouvoir adopter une stratégie d'attachement cohérente. La mère représenterait pour eux à la fois un havre de sécurité et une source de danger (ces enfants seraient souvent maltraités ou auraient eu des mères traumatisées et donc peu sécurisantes). Ils ne semblent pas développer de stratégies particulières pour gérer leur détresse et adoptent des comportements « étranges ». L'émotion qui circule alors entre parents et enfants est principalement la peur (Miljkovitch-Heredia, 1998).

L'attachement « désorganisé », résultant de situations de traumatismes, de maltraitance, les enfants n'ont pas de réactions structurées face au stress, la mère ayant des comportements générant à la fois la sécurité et la peur. Ces personnes ne sont pas parvenues à une élaboration mentale qui aurait permis de reprendre une certaine distance par rapport à ces événements, « non résolus ».

Les limites de la théorie de l'attachement

Cette théorie est tellement citée mais également critiquée pour plusieurs raisons. Notamment due au dispositif de la situation étrange sur laquelle se base cette théorie et remettant en question l'affirmation selon laquelle la complexité de la relation émotionnelle de l'enfant envers ses parents au cours des douze premiers mois « (Kagan, 2000)⁶³.

D'autre part, tous les instruments développés pour mesurer cet attachement présupposent que la formation de l'attachement soit les mêmes pour la mère et le père. Tous ces arguments sont développés dans le dossier ci-dessous et vous pourrez également trouver les perspectives actuelles concernant cette théorie.

Pour aller plus loin

Lire le dossier ONED Observatoire de l'enfance en danger « Théorie de l'attachement : approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance » Coordonné par Nathalie Savard, 2010

www.oned.gouv.fr

En résumé

L'attachement est un processus qui oriente l'enfant vers une autonomisation essentielle à la formation de sa personnalité et à son identité. Ainsi le développement de l'enfant est aussi un processus de séparation.

Le type d'attachement est déterminé à la fois par l'environnement éducatif, mais également par le comportement de la mère vis-à-vis de son enfant. La théorie de l'attachement postule pour un double effet, l'attachement de l'enfant à sa mère mais aussi son exploration au monde extérieur.

Selon le style d'attachement développé par l'enfant, il pourra acquérir un sentiment de sécurité de base lui permettant ensuite d'avoir une bonne santé mentale. C'est ce sentiment de sécurité qui en

⁶³ Kagan, 2000 cité in « La théorie de l'attachement, une approche conceptuelle au service de la protection de l'Enfance », dossier thématique coordonné par Nathalie Savard, Paris, 2010, p 16.

cas de difficultés dans la vie lui permettra de pouvoir se ressourcer et rebondir face aux événements de vie adverses (Bonneville-Baruchel, 2018)⁶⁴.

⁶⁴ Bonneville-Baruchel, E. « Soins psychiques des enfants en protection de l'enfance. Une ouverture interdisciplinaire indispensable », In Aux frontières de la psychanalyse sous la direction de Albert Ciccone, Ed Dunod, Paris, 2018.

Le holding, le handling, et la préoccupation maternelle primaire (Winnicott)

Je ne développerai pas cette théorie ici mais je vous propose une lecture claire de ces concepts avec la référence ci-dessous mentionnée.

Pour aller plus loin

Annexe n° 3 Je vous joins un travail clair sur les concepts de base de Winnicott concernant la préoccupation maternelle primaire

Chapitre 3 - La santé mentale de la parturiente : les pathologies du post-partum

La période du post-partum est à risque dans l'émergence de troubles psychologiques et psychiatriques plus ou moins sévères. Les troubles aigus comme la psychose puerpérale⁶⁵ et les troubles plus insidieux comme la dépression du post-partum. Nous parlerons principalement de la dépression du post-partum ainsi que du baby-blues car la psychose puerpérale est beaucoup plus rare on note un à deux accouchements pour mille, mais j'ai inséré un article si vous souhaitez vous familiariser avec cette problématique et aller un plus loin.

Depuis des années, la dépression du post-partum a fait l'objet de nombreuses recherches en psychologie et en psychiatrie pour deux principales raisons. La première qui se situe autour de la tentative de compréhension de son déclenchement et la seconde sur les impacts négatifs qu'elle a sur la relation mère/enfant et par conséquent sur l'enfant lui-même et son développement et son parcours de vie (Champion et coll., 2009)⁶⁶. Certains ont mis en exergue les variables contextuelles qui modèrent ou aggravent la DPP (Edhborg, 2011)⁶⁷: notamment les relations familiales et conjugales.

La dépression du post-partum survient entre deux et huit semaines, (avec une prévalence du trouble entre 10 % et 20% des accouchements (Fletcher, 2009))⁶⁸, voire un an après l'accouchement. Elle peut s'inscrire dans la continuité d'un baby blues (Antoine, C. 2007).

Le Baby-Blues

« Le baby-blues ou syndrome du troisième jour est un épisode dépressif sans gravité, dont la prévalence est estimée entre 50 et 80 %. Il apparaît classiquement à J3, souvent de façon concomitante à la montée de lait. Il regroupe une sémilogie dépressive peu intense. Les signes caractéristiques sont une humeur labile, une anxiété, une irritabilité, ainsi que des difficultés à trouver le sommeil et des plaintes somatiques variables. L'évolution est spontanément favorable dans les 15 jours (S. Tebeka, B. Pignon, Y. Le Strat, M. De Pradier, C. Dubertret 2013)⁶⁹.

Une recherche de 2019 sur le blues du post-partum (M.Roux et J.Wenkland)⁷⁰ trouve que sur les femmes primipares âgées entre 18 à 45 ans ayant accouché depuis moins de 6 mois, 60% des cinq cent onze mères ont présenté un BPP. On explique la variation hormonale dans 80% des cas du BPP, et seulement dans 13,3% évoque un manque de soutien.

⁶⁵ Les psychoses puerpérales surviennent généralement dans les 2 semaines suivant l'accouchement. Le tableau clinique révèle des manifestations délirantes, telles que des hallucinations, ou parfois un déni de la maternité, des idées de filiation mystique. Une dépressivité et des éléments confusionnels peuvent s'ajouter au tableau.

⁶⁶ Champion et coll. « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale » In Psychiatrie de l'enfant, Vol 54, Paris, 2011, p 611 à 637.

⁶⁷ Edhborg, « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale » In Psychiatrie de l'enfant, Vol 54, Paris, 2011, p 611 à 637.

⁶⁸ Fletcher, « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale » In Psychiatrie de l'enfant, Vol 54, Paris, 2011, p 611 à 637.

⁶⁹ S. Tebeka, B. Pignon, Y. Le Strat, M. De Pradier, C. Dubertret, « Dépression du post-partum » in La lettre du gynécologue, Paris n° 378-379, 2013.

⁷⁰ Roux,M. et Wenkland, J., « Le blues du post-partum » in Périnatalité volume 11 numéro 1, Paris, 2019 p 32-41.

Le Baby blues est un état qui arrive donc chez la plupart des femmes après l'accouchement et il correspond à une fluctuation de l'humeur, d'un état léger et temporaire nommé parfois déprime. Parfois cet état prend une forme plus sévère et répond aux critères de la dépression qui nécessite une prise en charge. Il y a souvent dans la compréhension du public une confusion entre le Baby blues et la dépression, et par conséquent certaines femmes ne sont pas traitées (Virginie, IM., Briex, M. 2008)⁷¹.

Dans le meilleur des cas, le baby blues disparaîtra au bout de quelques jours et la parturiente pourra pleinement profiter de son nouveau-né. On parle également de trouble de l'adaptation qui limite les capacités de la mère pendant quelques jours. C'est également un trouble de la relation courant qui se manifeste d'une double façon : par des symptômes positifs de joie, l'excitation, l'amour, ou par des symptômes négatifs tels que la détresse, l'angoisse et l'anxiété, le sentiment de vide, la susceptibilité, l'irritabilité, l'hypersensibilité qui reste l'élément central, le sentiment d'abandon, la fatigue, des pleurs dans dix pour cent des cas, ou un sentiment dépressif chez vingt pour cent des femmes. La durée du banal blues est variable allant de quelques heures à quelques jours.

Il est intéressant de souligner qu'il touche toutes les cultures. Il n'y a pas que la chute des hormones qui est souvent donnée pour responsable de cet état, nous savons qu'au niveau psychique la jeune mère doit passer des épreuves importantes, se retrouver avec le vide du ventre, avec son image corporelle déformée, avec un retrait de l'attention autour d'elle, les regards se portent désormais sur le nouveau-né. La jeune parturiente doit donc faire un double travail de deuil : la plénitude de la femme enceinte qu'elle était, et ce bébé imaginaire qu'elle avait fantasmé comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 sur la grossesse.

«C'est là que les pères ont un rôle fondamental à jouer pour apporter sécurité psychique à la mère, et donc à leur enfant» (Antoine, 2007 p 57)⁷². Cette auteure se pose la question de savoir si le BB ne serait pas une sorte de rite initiatique qui permettrait de passer d'un état à un autre ?.

Certains auteurs (Poinso, F. et coll. 2001)⁷³ donnent une réponse :« L'émotivité du post-partum pourrait avoir des conséquences favorables pour les premières relations entre la mère et son bébé, favorisant l'attachement à l'enfant « dans sa chair », qui passe aussi par le deuil de l'enfant imaginaire. L'expression émotionnelle ancrée dans la réalité du corps favorise alors le passage symbolique d'un statut de femme enceinte à celui de mère ».

Le BPP serait donc un passage utile nécessaire pour la femme qui devient mère, afin qu'elle le ressente dans son corps, sa chair, son émotionnel et sa psyché. Mais que se passe-t-il lorsque le BPP s'éternise, s'amplifie.

⁷¹ Virginie, IM ; Briex,M. « Le baby blues » in Spirale n° 89, 2019, p131 à 135.

⁷² Antoine, C. « La révolution intérieure », in Larousse, Paris 2007, p 57.

⁷³ François Poinso, Jean-Claude Samuëlian, Valérie Delzenne, Laëtitia Huiart, Joshua S. Sparrow, Marcel Rufo « Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé » In La psychiatrie de l'enfant 2001/2 (Vol. 44), 2001 pages 379 à 413.

La dépression du post-partum

Une recherche dans l'Encéphale de 2004⁷⁴ a testé des mères dans les premiers jours après l'accouchement et ensuite de la 4^{ème} à la 6^{ème} semaine post-partum. Il est noté 18,1% de dépression du post-partum dont 16,8% de dépression majeure.

On peut dire que la dépression du post-partum englobe tous les symptômes de la dépression. Le risque d'une parturiente de traverser un épisode dépressif est 3 fois plus élevé qu'à n'importe quel autre moment de sa vie. La DPP se déclenche généralement entre 4 à 6 semaines après l'accouchement mais cela peut se manifester dès la deuxième semaine. Suivant les sources 10 à 20% des parturientes développent une dépression du post-partum.

Missonnier, 2005⁷⁵ note que «les symptômes sont généralement d'intensité modérée, et les idéations suicidaires rares, l'humeur est labile, plus altérée en soirée. Il existe un découragement, un sentiment d'incapacité et des inquiétudes centrées presque exclusivement sur les soins à donner au nourrisson, en dehors bien sûr de tout contexte pathologique réel. A côté de la tristesse, qui n'est pas majeure, des troubles de la concentration et du sommeil et de tout le cortège symptomatologie habituel d'une dépression, telles que la fatigue, l'irritabilité, l'anxiété, des plaintes somatiques inhabituelles (céphalées, douleurs abdominales) qui domine le tableau.

Une dépression du post-partum peut faire suite au BPP, la dépression peut débuter avant la quatrième semaine qui suit l'accouchement (DSMV), cependant en clinique on peut détecter une survenue jusqu'à la première année, et parfois non détectée, car le comportement dépressif n'est pas mis directement en lien avec l'accouchement.

Comme nous l'avons cité ci-avant les symptômes restent ceux du syndrome dépressif : tristesse, auto-dévalorisation, cognitions négatives, sommeil, alimentation perturbée, anxiété, « la culpabilité de ne pas ressentir le bonheur maternel est central, avec une perte d'énergie vitale une souffrance intense, une mésestime de soi et des idées d'incurabilité. L'indifférence éprouvée pour son entourage, en particulier pour le nouveau-né, est centrale. Parfois, un délire émaille l'évolution de la mélancolie. Il est dit congruent à l'humeur, c'est-à-dire à contenu dépressif, négatif.

Les risques de suicide et d'infanticide sont majeurs, en particulier en cas de mélancolie délirante. » (Tebaka, S., Pignon et coll, 2013)⁷⁶.

Une importante recherche française portant sur 109 femmes (Séjourné, N. et coll., 2007)⁷⁷ montre qu'il existe un lien statistique fort entre la douleur post-natale ou le vécu traumatique et la survenue de la dépression du post-partum. Ce sont surtout la dépression et la dimension affective de la douleur qui restent le plus associées à la survenue d'un stress post-traumatique. Les auteurs soulignent que ces résultats corroborent les résultats trouvés par l'équipe de l'Université et du CHU de Toulouse qui soulignent le lien direct entre l'intensité de la douleur vécue à l'accouchement et le

⁷⁴ qui a testé 859 mères avec l'échelle EPDS échelle postnatale d'Edinburgh

⁷⁵ Missonnier, S., cité dans la consultation thérapeutique périnatale, Eres, Paris, p 97-98.

⁷⁶ Tebeka, S., Pignon, B., Le Strat, De Pradier, M., Dubertret, C., « Dépression du post-partum » In La lettre du gynécologue, n° 378-379, 2013.

⁷⁷ Séjourné, N. «Study of the relations between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues » Encéphale, 33 (5), 2007, p. 805-10.

risque d'une dépression du post-partum. En effet, ils insistaient sur la culpabilité ressentie de ces femmes de ne pas avoir su gérer la situation.

Quel terrain pour la dépression ?

Elena-Crim (2020)⁷⁸ explique que les mouvements régressifs au niveau narcissique, identificatoire et surmoïque menant à des désorganisations psychotiques ou à des dépressions du post-partum mettent en lumière les failles dans la construction de l'identité féminine.

La maternité est reconnue comme une crise qui vient rompre l'équilibre de la vie de la femme. Cette crise est comparable à celle de la puberté tant les bouleversements sont profonds aussi bien au niveau psychique que physique. Certains processus psychoaffectifs se développent que la femme doit intégrer. Le remaniement total de la personnalité qu'elle induit peut provoquer des troubles psychiques. La grossesse est une crise identitaire à l'origine d'un bouleversement dans le couple et avec l'environnement familial. Dans un tel contexte, le post-partum peut s'avérer difficile pour la jeune parturiente. (Antoine, C. 2007)⁷⁹.

Dans une thèse de 2019 Lalande-Charlebois⁸⁰ explique que la concomitance de ces deux symptômes anxiété généralisée et dépression rendrait encore plus à risque les mères en post-partum. En effet, les résultats montrent que les femmes ayant ces symptômes TAG-dépressifs auraient une plus grande difficulté à tolérer les situations incertaines de façon générale, évitent les incertitudes, adoptent une façon négative face aux problèmes.

Les troubles du sommeil peuvent également entraîner des répercussions sur l'humeur de la femme enceinte qui peuvent aller de l'irritabilité à l'épisode dépressif caractérisé. Le retour à un sommeil réparateur après l'accouchement est difficile, favorisant les décompensations psychiatriques précoces du post-partum (Boumediene Seredi, Bérengère-Beauquier-Maccotta, 2019)⁸¹.

On peut énumérer un tableau de facteurs de risque parmi les plus pesants :

- Le support social inexistant ou défaillant,
- Mauvaise relation aux parents et principalement à la mère⁸²,
- Problèmes psychiatriques (facteur de risque majeur),
- Pas d'entente et de soutien conjugal,
- Enfance malmenée.

⁷⁸ Elena-Crim « La maternité, figure possible du féminin » in Psychothérapies 2020/1 (Vol.40), pages 19 à 23.

⁷⁹ Antoine, C. « La révolution intérieure », in Larousse, Paris, 2007, p 118.

⁸⁰ Lalande-Charlebois « Prédicteurs de la présence comorbide des symptômes du trouble de l'anxiété généralisée et de la dépression chez les femmes primipares en post-partum », 2019.

⁸¹ Boumediene Seredi, Bérengère-Beauquier-Maccotta, « les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum » in Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, volume 177, Issue 7, 2019, pages 655-662.

⁸² Une recherche de 2009 (Favez et coll.) ont étudié les relations familiales comme possible facteur de modérateur atténuant ou accentuant le lien entre dépression post-partum et le développement de l'enfant. Les résultats soulignent qu'il est important de prendre en compte les relations entre la mère, l'enfant et le père.

Pour compléter le tableau O'Hara et Swain⁸³ dans leur étude retrouvent, 4 facteurs majeurs de prédateurs de la dépression :

- Les événements de vie stressants avant la naissance de l'enfant,
- Le manque de soutien social,
- La psychopathologie familiale,
- Et la satisfaction conjugale.

Mais aussi l'influence de facteurs biologiques : certains neurotransmetteurs et hormones comme la progestérone, les oestrogènes ou la prolactine ainsi que le fonctionnement thyroïdien, semblent jouer un rôle dans le déclenchement.

Pour d'autres, il y aurait une physiopathologie particulière qui la distinguait des autres formes de dépressions (Verbe, J., Dubertret, C. et al. 2020)⁸⁴.

Les femmes avec antécédent DPP ont une sensibilité supérieure à la diminution brutale des neurostéroïdes. Par conséquent, leur conclusion vont dans le sens que la DPP semble associée à une dysrégulation de l'expression des GABA-A-R durant la grossesse et des difficultés à rétablir leur fonctionnement en post-partum.

Dans une recherche de 2009⁸⁵ (Manzano, J.; Righetti, M.; Perreard, E.), les résultats ont montré deux signes distinctifs. Le premier groupe de femmes (la majorité) faisaient une dépression du post-partum alors qu'elles avaient déjà un trouble dépressif en pré-partum, et sur l'autre groupe ce sont les conditions de l'accouchement qui ont provoqué des éléments dépressifs (séparation mère-enfant à la naissance, problèmes néonataux accouchement traumatique).

La présentation de la dépression est hétérogène ce qui expliquerait en partie qu'elle soit sous diagnostiquée.

Missonnier (2005)⁸⁶ se rallie à tous les critères donnés et note qu'aujourd'hui on connaît l'importance de la filiation féminine en périnatalité et par voie de conséquences dans les troubles en post-partum. Cependant, il y a bien d'autres causes qu'énumère Missonnier, S. « parmi les nombreux clignotants signalés, les événements de la vie dont je mesure la potentialité traumatique et dépressiogène. Notamment à la mort pendant la période périnatale d'un être cher : frère, soeur, et surtout parents, les antécédents de mort périnatale, l'abandon du procréateur, le déracinement de la migration, la révélation périnatale ou antérieure d'une maladie grave chez les parents, l'annonce d'un handicap,... et toutes les situations de pathologies obstétrico-pédiatriques entraînant une séparation mère/bébé au coeur de la problématique de la DPN. »

Mais comme le précise l'auteur, il ne faut pas oublier que la DPP, « n'atteint pas une femme « isolée » mais une femme qui vient d'avoir un bébé » .

⁸³ O'Hara, MW, et Swain, AM. « Rates and risk of postpartum depression : A meta analysis. » In Rev Psychiatry, 1996, p 37 à 54.

⁸⁴ Verbe, J. ; Dubertret, C. et al « Approche GABAergique de la dépression du post-partum », une revue critique translationnelle, in L'Encéphale, 2020.

⁸⁵ Manzano, J.; Righetti, M.; Perreard, E. « Pré-partum - résultats d'une recherche sur les signes précurseurs d'une dépression post partum », In psychiatrie de l'enfant, 2009, p 533 à 553.

⁸⁶ Missonnier, S. « La consultation thérapeutique périnatale » Ed Erès, Paris 2005, p 99.

Je trouve cet élément primordial car cette même femme sans enfant n'aurait certainement jamais déclenché de dépression. L'arrivée d'un enfant convoque une multitude de questions et de personnes de la famille. Le fait de devenir parent place la femme dans une filiation verticale. C'est la même chose pour le père cependant ne vivant pas les mêmes perturbations internes, il se trouve plus à l'abri d'un déclenchement de dépression.

L'impact de DPP sur le bébé

Guedeney, A et Guedeney, N.⁸⁷; Weissmann et al.⁸⁸ ont bien souligné le risque élevé de troubles anxieux et dépressifs des enfants surtout à l'adolescence dont la mère a eu une dépression post-partum. Il semblerait que la période la plus fragile pour le bébé soit entre 2 et 4 mois (Murray, L.)⁸⁹.

L'aspect interactif est le symptôme souvent central dans la dépression du post-partum, manque d'expressivité des bébés en miroir avec la mère, le style passif des bébés, et plus tard des troubles parfois plus conséquents instabilité, difficultés scolaires, troubles du langage et de la communication (Blanchon Y. C., Grenier M.-P., Bourgeois F. 1992)⁹⁰.

Les mères déprimées sont moins présentes dans la relation, moins stimulantes, l'accordage affectif est perturbé ainsi que l'attachement, elles éprouvent une difficulté à accompagner l'enfant et à le contenir. Elles sont plus vite épuisées et agacées, elles se culpabilisent de ne pas pouvoir assurer toutes les tâches. La dépression du post-partum a des conséquences sur le développement cognitif et affectif de l'enfant.

Les enfants de parents dépressifs sont une population plus fragile en ce qui concerne les troubles de l'humeur, troubles anxieux, difficultés avec les pairs, difficultés scolaires, d'apprentissage, troubles de l'attention.

Pour aller plus loin

Lire article sur : « La dépression du post-partum maternelle et développement de l'enfant »
Annexe n° 4

Les études de Spitz⁹¹ sur la dépression du nourrisson nous a appris l'importance de la relation aimante et soutenante pour l'enfant. Les parents dans le quotidien permettent avec leur accompagnement d'aider l'enfant à se développer en confiance et capable de prendre son autonomie. L'enfant apprendra à reconnaître ses états internes différents des autres ce qui le constitue. Bowlby dès 1969, a bien décrit comment l'enfant va créer ses liens d'attachement avec les parents et principalement sa mère. (voir chapitre 2 sur l'attachement).

⁸⁷ Guedeney, A. ; Guedeney, N. « Les enfants de parents déprimés » *Psychiatrie de l'enfant*, XXXII, 1, 1989, p 269 à 309.

⁸⁸ Weissman, M.; Warner, V.. et al. « Offspring of Depressed Parents. 10 Years Later » in *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 932-940.

⁸⁹ Murray, L. « L'impact de la Dépression du post-partum sur le développement de l'enfant », *Colloque international de Psychiatrie périnatale*, Monaco, janvier 1996. Alors qu'une mère dépressive passée ce délai entraînerait moins de troubles cognitifs et affectifs.

⁹⁰ Blanchon Y. C., Grenier M.-P., Bourgeois F. « Le retentissement sur l'enfant de la dépression maternelle dans le post-partum », *Psychologie médicale*, 24, 1, 1992, 63-67.

⁹¹ Spitz, R. « De la naissance à la parole, La première année de vie », Ed Bibliothèque psychanalytique, Paris, 1965.

Le courant scientifique français considère les perturbations de la relation mère/enfant comme cause et non comme conséquence de la dépression maternelle (Guédeney, Jeammet 2001, Cramer 2002). Cette affection représente une menace pour la capacité d'assumer le rôle maternel et les possibilités de holding pour l'enfant (Winnicott D. W. (1975)⁹².

En effet, les mères dépressives dans leur interaction avec leur enfant vont rencontrer des problèmes de disponibilité affective, d'adéquation à la demande de l'enfant (Ainsworth et coll., 1971) et la capacité d'empathie. Il y aura une difficulté à répondre aux vocalises de son enfant, elle captera moins son enfant, que ce soit par ses vocalises ou ses mimiques faciales.

Des études (Tissot, Frascarolo, Despland et coll., 2011)⁹³ ont fait ressortir deux styles principaux interactifs que les mères dépressives adoptent :

- Le style intrusif.
- Le style en retrait.
- Le style intrusif est sur stimulant et sont souvent imprévisibles pour l'enfant.
- Les mères en retrait, elles sont plutôt désengagées avec un regard plutôt détourné. Les enfants suivront en adaptant des stratégies adaptatives. Les enfants des mères intrusives auront tendance à détourner le regard et à exprimer plus de colère, et les enfants des mères en retrait protestent davantage par des cris, des pleurs L'enfant essaiera une autorégulation mais souvent insuffisante car trop immature, mais il enverra des signaux à sa mère pour une régulation mutuelle (Tronicket Gianini, 1986). Il y aura une synchronisation et une désynchronisation, mais si il y a trop d'échecs l'enfant se tournera vers des conduites d'autorégulation.

Mais lorsque l'enfant n'arrive pas à contacter sa mère dans l'interaction, il aura tendance à se désorganiser, et pourra développer une dépression à son tour.

« Tout semble se passer comme si les enfants de mères dépressives habitués au style interactif de leur mère, adoptent eux aussi un style dépressif, dans une sorte de posture défensive qui semble se développer en réaction, et non en miroir, au style interactif de la mère » (Tissot, Frascarolo, Despland et coll. op.cit)⁹⁴.

Et le père ?

Nous nous rendons bien compte après ces explications l'importance du père, même s'il ne figure pas systématiquement en première ligne dans l'établissement des premiers liens avec le nourrisson. En effet, le rôle du père est capital car il peut par un effet « tampon » apporter à l'enfant une interaction plus adaptée que la mère dépressive. L'effet soutenant du père pour la mère permettra que de compenser les manques affectifs et effectifs. Il faut que ce père soit lui-même en état psychique équilibré.

⁹² Winnicott, D.W. « Jeu et réalité, l'espace potentiel », Ed Gallimard, Paris, 1975.

⁹³ Tissot, Frascarolo, Despland et coll., In la psychiatrie de l'enfant, Vol.54, 2011, p 611 à 637.

⁹⁴ Tissot, Frascarolo, Despland et coll., In la psychiatrie de l'enfant, Vol.54, 2011 p 611 à 637.

Cependant, certaines études n'ont pas retrouvé de résultats qui vont dans ce sens, d'un soutien paternel qui permettrait de combler les manques de la mère (Mezulis et coll. 2004)⁹⁵.

Pour aller plus loin

Lire Article sur la dépression paternelle et périnatalité - Carnet PSY - 2001/7 n°67 - P 28 à 33.

Une piste sur le traitement

Le problème est que beaucoup des troubles dépressifs ne sont pas détectés rapidement par une absence de connaissance à ce propos mais également par la résistance de la mère à consulter se sentant coupable de ressentir ce mal être. Son dépistage, sa prévention et sa prise en charge sont primordiaux afin d'éviter les troubles de la parturiente et de la relation à son nouveau-né.

Le questionnaire MDI (Major depression Inventory) par exemple permettrait de classer rapidement et efficacement les symptômes et une prise en charge en découlerait.

Ce qui est primordial est de pouvoir diagnostiquer la dépression dans un dépistage précoce. Un encadrement attentif coordonné par un psychiatre, psychologue, un soutien et une aide à la préparation des tâches maternelles. Souvent le traitement antidépresseur est nécessaire pour venir à bout des symptômes plus ou moins invalidants et délétères pour le bébé. L'aide et le soutien du conjoint car la famille permet un meilleur rétablissement.

Guedeney (1995) restait persuadé déjà il y a quelques années que « la reconnaissance de ce contexte relationnel mère/nourrisson était la voie la plus prometteuse pour appréhender la DPN et y répondre thérapeutiquement ». Il n'avait pas tort !

Généralement l'évolution de la dépression avec une prise en charge est favorable mais il y a un risque de récurrence pour les grossesses ultérieures, par conséquent une surveillance plus régulière.

Les psychoses puerpérales

Pour aller plus loin

Lire article : Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé de Sophie Gandillot Annexe n° 5

⁹⁵ Mezulis et coll. 2004 cité dans Tissot, Frascarolo, Despland et coll., In la psychiatrie de l'enfant Vol.54, 2011, p 611 à 637.

Chapitre 4 - Les situations particulières

Le deuil périnatal

Introduction

Jusqu'aux années 80, la mort périnatale n'était pas prise en compte par les équipes médicales. Les pratiques étaient en lien avec une pensée générale de protection des parents qui visait avant tout la prévention de la mère et du père en enlevant de suite l'enfant décédé. On reconnaissait tout de même l'angoisse possible de la mère et on lui proposait des médicaments. Il était de coutume de demander au père de se « débarrasser » de toutes les affaires du bébé, de faire « table rase ». Les parents rentraient ainsi le berceau vide et reprenaient leur vie comme si ce bébé n'avait jamais existé et tout le monde proche évitait d'en parler. Considérées « comme non significatives, ces pertes ne s'inscrivaient généralement pas dans l'histoire des naissances de la famille ». (Leon, 2001 in Elklit et Gudmundsdottir, 2006)⁹⁶.

Pourtant comme le soulignent de nombreux auteurs aujourd'hui, le décès d'un enfant constitue un événement dramatique pour ses parents (Raimbault, 1996 ; Bacqué, 1997 ; Hanus, 2001 ; Legros, 2001 ; Uren et coll., 2002 ; Soubieux, 2011 ; Glatigny-Dallay, 2013). En effet, tous ces cliniciens s'accordent pour considérer ce type de décès comme celui où la perte d'objet est à son comble (Broca, 1997). Perte d'objet, car, lorsque le projet d'enfant est investi, une relation d'objet se construit dès avant la naissance entre le « devenant parent » et l'« enfant du dedans Cette relation d'objet utérine représente la matrice de toute la filière ultérieure de la relation d'objet. (Missonnier, 2009)⁹⁷.

L'évolution des mentalités, le début des recherches et des études descriptives sur ce thème se sont organisées grâce aux nombreux témoignages des parents relatant leurs vécus douloureux, traumatiques pour certains. Les résultats entraînèrent les équipes soignantes à modifier radicalement leur prise en charge. Il a fallu attendre 1991 pour que les notions d'aspects psychologiques et de dimension psychique des patients soient prises en compte, date qui a permis la reconnaissance de façon systématique des événements dramatiques autour de la grossesse et de l'accouchement.

A la suite de cela, la loi française du 8 janvier 1993 modifia les règles de déclaration de naissance des enfants morts en Maternité : un certificat d'enfant né vivant viable doit être établi, même si l'enfant n'a vécu que quelques minutes et cela s'applique également dans l'IMG. (interruption médicale de grossesse)

Si l'enfant naît mort, il y aura dans ce cas un « acte d'enfant né sans vie ». On peut donner un prénom à l'enfant et l'inscrire sur le livret de famille.

Mais comme tout changement prend du temps, ce n'est vraiment qu'à partir du décret de 2008 que les nouvelles directives se positionnent plus fermement dans les maternités et après un déni massif autour de la mort périnatale, on assiste à des pratiques plus humaines. Les équipes soignantes revoient enfin totalement leur prise en charge et proposent un soutien psychosocial, prenant en

⁹⁶ Elklit A., Gudmundsdottir D.B. « Assessment of guidelines for good psychosocial practice for parents who have lost an infant through perinatal or postnatal death », *Nordic Psychology*, 2006, 58(4), p315-330.

⁹⁷ Missonnier, S. « Devenir parent, naître humain : la diagonale du virtuel », Ed Puf, Paris, 2009, p 132.

compte la douleur des parents, leurs besoins de rencontre avec l'enfant (prendre des photos, parfois des empreintes des mains, des pieds, aider dans l'organisation des funérailles) et de les accompagner dans ce moment critique de leur vie. Un vrai tournant pour les parents mais également pour les soignants qui, ne l'oublions pas, se retrouvent souvent en première ligne de la douleur.

Nous verrons dans cette section de cours, ce qu'est le deuil périnatal et ses particularités. Nous exposerons ensuite et principalement L'IVG et L'IMG et je vous donnerai la possibilité d'aller plus loin en vous soulignant des articles à lire, des podcasts, des livres.

La définition du deuil périnatal

Selon L'OMS, la mort périnatale correspond au décès du bébé pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 7 jours qui suivent sa naissance.

« La mort périnatale définit toute perte d'un enfant survenant entre la 20ème semaine de gestation et le premier mois de vie, y compris les morts foetales in utero (MFIU) et les IMG » Soubieux, M.J, Soulé, M.(2005)⁹⁸.

La réglementation française

Étude de législation comparée n° 184 - avril 2008 - Les enfants nés sans vie

En France, lorsqu'un enfant décède avant que sa naissance n'ait été déclarée à l'état civil, le code civil distingue deux cas. Cette distinction a été introduite par la loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 relative à l'état civil, à la famille et aux droits des enfants.

Si un certificat médical atteste que l'enfant est né « vivant et viable », l'officier d'état civil établit un acte de naissance ainsi qu'un acte de décès, et la naissance est mentionnée sur le livret de famille. L'enfant reçoit un nom et un prénom. Son inhumation - ou sa crémation - est obligatoire. Les droits sociaux liés à toute naissance sont octroyés aux parents. La mère bénéficie ainsi d'un congé de maternité. La notion de viabilité a été précisée par la circulaire n° 50 du 22 juillet 1993 relative à la déclaration des nouveau-nés décédés à l'état civil : conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, les enfants pesant au moins 500 grammes ou nés après 22 semaines d'aménorrhée sont présumés viables, indépendamment de tout autre critère.

En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né « vivant et viable », l'officier d'état civil n'établit qu'un acte d'enfant sans vie. La circulaire n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance précise que cette procédure s'applique, d'une part, aux enfants nés vivants, mais non viables, et, d'autre part, aux enfants mort-nés après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids d'au moins 500 grammes. L'enfant, qui n'acquiert pas la personnalité juridique et n'a pas de nom de famille, peut être mentionné sur le livret de famille si les parents le souhaitent. Il peut recevoir un prénom. De plus, les parents disposent de dix jours pour réclamer le corps et organiser des obsèques. Sinon l'établissement hospitalier fait le nécessaire.

En revanche, un enfant mort-né avant 22 semaines d'aménorrhée et ayant un poids de moins de 500 grammes a le statut de « pièce anatomique ». Il fait l'objet d'une simple déclaration administrative. Aucun acte d'état civil n'est établi, l'établissement de soins pouvant néanmoins

⁹⁸ Soubieux, M.J, Soulé, M. « La psychiatrie foetale », In PUF, Paris, 2005.

fournir aux parents qui le souhaitent un certificat d'accouchement d'un enfant né mort et non viable. Le corps est incinéré par l'établissement médical, à moins que les parents ne le réclament pour le faire inhumer ou incinérer.

Or, le 6 février 2008, la première chambre civile de la Cour de cassation a rendu trois arrêts dans lesquels elle a précisé la notion d'enfant né sans vie. Elle a en particulier supprimé les seuils à partir desquels la reconnaissance du statut d'enfant sans vie est possible. Elle a en effet estimé que le code civil ne « subordonn[ait] pas l'établissement d'un acte d'enfant sans vie au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse ». Par conséquent, « tout enfant né sans vie à la suite d'un accouchement peut être inscrit sur les registres de décès de l'état civil, quel que soit son niveau de développement ».

Les spécificités du deuil périnatal

La complexité du deuil périnatal réside dans le fait que ce deuil intervient à un moment destiné à donner la vie. Ce qui différencie le deuil périnatal du deuil d'un parent par exemple, c'est qu'il ne s'agit pas du deuil d'un passé, mais du deuil d'un avenir, d'une vie.

Je pourrai de suite citer Jean Philippe Legros (2001)⁹⁹ qui souligne que le deuil périnatal précisément coïncide avec le « donner la vie ... c'est bien d'abord toute cette logique qui veut la mort vienne après la vie qui s'est déroutée. C'est cette notion de « dérouté » qui, associée au sentiment d'échec, n'a pu s'extérioriser. La perturbation au plus intime de ces logiques et processus biologiques ne peut que troubler au plus profond les processus psychiques ».

On peut même insister sur ce paradoxe ultime dans ce que l'être humain peut vivre !

Il y a une forme de mouvement inversé de la vie qui laisse l'être humain sidéré. La mort de l'enfant survient avant celle des parents, renversant l'ordre établi de la vie, l'ordre des choses, de la programmation de l'espèce même, et dans un moment très particulier, les processus psychiques seront malmenés, voire bouleversés à vie parfois.

La mort in utero se décline de plusieurs manières qui auront un impact différent sur les parents, et leurs ressources pour continuer leur vie, nous ne pouvons les traiter de la même manière, nous verrons comment les appréhender.

Certains auteurs (Delaisi)¹⁰⁰proposent de faire des distinctions au sein des deuils périnataux entre les morts fœtales et les interruptions médicales de grossesse. Legros (op.cit.) rappelle également que « nous ne sommes ni dans la suspension ni dans l'évitement, mais dans un geste actif qui fait suite à une décision mûrie mais pourtant impossible (...) qui distingue très profondément mort in utero et interruption médicale de grossesse ».

Et Robichaud (2007)¹⁰¹ pense que la mort du fœtus, spontanée ou provoquée peut « donner lieu à un deuil à haut risque (..) mais parfois de manière retardée, à l'occasion d'une réactivation de cette problématique par une grossesse ultérieure ». Il ne différencie pas le temps de gestation. Il est vrai que nous pouvons rencontrer ce fait assez régulièrement en clinique.

⁹⁹ Legros, J.P. « L'arrêt de vie in utero ou l'errance des fœtus ; un possible deuil » in L'Esprit du Temps/Études sur la mort 2001/1 - N° 119, p 63 à 75.

¹⁰⁰ Delaisi de Parceval G., « Les deuils périnataux » in Revue Études, n°387-5, novembre 1997.

¹⁰¹ Robichaud, M. « Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : from science to practice », 2007.

Antoine (2007)¹⁰² « Certains spécialistes affirment que la violence des réactions est proportionnelle à l'âge de l'enfant. Plus l'enfant est grand, plus les interactions sont nombreuses, plus fort est l'attachement. La mort in utero serait ainsi moins traumatique que celle d'un enfant à la naissance ou âgé de quelques semaines ou mois.

D'autres pensent exactement l'inverse : « Plus une vie sur terre est longue, plus il est possible de construire son deuil de la présence passée. Plus une vie est courte, plus il est difficile de résoudre son deuil à partir de rien » Haussaire-Niquet, C.¹⁰³.

Antoine (op.cit.) « Les réactions face au deuil sont multiples, en lien direct avec l'histoire de chacun » et nous savons aujourd'hui que l'investissement porté sur la grossesse, le fœtus-bébé aura un impact principal sur les retentissements psychiques.

On remarque donc deux courants de pensée, un qui souligne qu'il est plus aisé de faire le deuil car il n'y a pas eu de contacts physiques et réguliers avec l'enfant, et d'autres qui soutiennent l'inverse, qu'il est plus difficile à réaliser car l'enfant reste virtuel.

Et si les deux étaient possibles ? En effet, existe-t-il une manière de réagir à un événement ? Nous savons bien que non, nous savons également que l'histoire psycho-socio-affective aura un impact sur le vécu de cet événement, et sur la résilience face à lui.

Le deuil classique au sens Freudien implique d'avoir une représentation de l'objet perdu. Cependant, à l'époque de Freud on prenait encore le fœtus pour un têtard idiot (Rousseau) alors il était bien loin de toutes les considérations actuelles. Il n'y avait ni échographie, ni haptonomie, ni études sur la reconnaissance du fœtus. L'idée même qu'il faille une représentation pour faire le deuil est intéressante, car au-delà des rêves, l'image en 3D peut servir à cet effet. Stern, (2011)¹⁰⁴ disait à ce propos « on est passé d'une représentation de la grossesse « chaudron magique » à l'illusion d'une transparence utérine ». Les progrès technologiques permettent un diagnostic anténatal plus précis et de transformer la vision entre l'imaginaire et le réel même si celui-ci reste virtuel dans un premier temps.

Le deuil n'est pas une maladie (Freud, 1917)¹⁰⁵ et ne doit donc pas être traité comme telle, bien qu'il puisse générer des souffrances incommensurables. Cependant, le deuil périnatal peut revêtir une vraie forme de maladie, ou peut entraîner une maladie psychique : la dépression du post-partum existe bien, et la dépression pendant la grossesse également.

Cette perte d'un « objet – non objet », présente un haut risque de deuil pathologique et cela a des conséquences sur le vécu de la grossesse et sur les représentations du fœtus et donc sur les réactions des parents en cas de perte fœtale (Bennett, Litz, Lee et al., 2005)¹⁰⁶.

Une des particularités du deuil périnatal est cette absence de souvenirs vécus qui peut rendre difficile la symbolisation de la perte nécessaire au deuil. Selon Lacan, c'est tout le symbolique qui est convoqué dans le deuil. Les parents y font appel pour leur bébé, car pour pouvoir le perdre, ils

¹⁰² Antoine, C. « La révolution intérieure », Ed Larousse, Paris, 2007, p 138.

¹⁰³ Haussaire-Niquet, C. « L'enfant interrompu », Ed. Flammarion, Paris, 1998.

¹⁰⁴ Stern, D. « Journal d'un bébé », Ed Odile Jacob, Paris, 2011.

¹⁰⁵ Freud S., « Deuil et Mélancolie » (1917) in Métapsychologie, Paris, Gallimard, réédition 1968.

¹⁰⁶ Bennett, Litz, Lee et al., « L'étendue et l'impact de la perte périnatale: état actuel et orientations futures », In Recherche et pratique en psychologie professionnelle, 36 (2) 2005, p180 à 187.

ont d'abord besoin de le faire exister, pour eux-mêmes dans le but de s'écarter de l'envie de le rejoindre et pour reprendre une dynamique de vie (Authier-Roux, 2007)¹⁰⁷.

Nous pouvons dire à la suite de tous ces propos que le deuil périnatal est complexe et différent de tous les autres deuils. En effet, il survient à la suite d'événements heureux et que l'attachement s'est fait pendant la grossesse, qu'il y a peu de souvenirs rattachés à l'enfant et ce deuil est complexe et différent des autres deuils à cause des multiples implications pour les parents.

Quelles sont les particularités de ce deuil ?

Bydlowski et Golse, (2001)¹⁰⁸ soulignent que la perte périnatale arrive à un moment particulier de la femme, décrit par Byslowski la « transparence psychique « mouvements teintés de régressions ou le psychisme maternel va être plus perméable aux représentations inconscientes permettant petit à petit un passage de l'attention psychique du dedans vers le dehors, des représentations maternelles vers l'objet enfant pleinement constitué ».

Soubieux (2010)¹⁰⁹ parlera du deuil périnatal comme un deuil singulier entraînant les parents dans « un voyage psychique effrayant ». Pour Soubieux (op.cit) « les débuts du deuil périnatal correspondraient même plus à un temps de survie que de vie ». Les parents verront « la transmission de la vie et la tentative d'immortalité qu'autorisent la conception et la naissance d'un enfant qui se trouvent barrées » (Plat, 2011)¹¹⁰.

(Haussaire-Nicquet, op.cit.)¹¹¹ insistera sur le fait que ce deuil marque l'effondrement de toutes les promesses et attentes projetées sur cet être, le renoncement aux projets d'avenir avec lui, aux joies anticipées, à la parentalité, à un positionnement social en tant que parents. A la différence d'autres pertes de personnes proches, les parents endeuillés suite à la perte de leur bébé n'ont pas d'expérience de vie avec lui ou très peu. « Quand un adulte meurt, c'est une partie du passé qui s'en va, quand un enfant meurt, c'est une partie du futur qui est perdu ou qui change de manière significative pour toujours ».

L'enfant est une part de l'identité des parents qui ne pourra s'accomplir (Callister, 2006)¹¹², laissant un manque, un vide que rien ne pourra combler. Ces pertes sont la plupart du temps soudaines et imprévues, elles bouleversent la logique habituelle entre les générations (Soubieux et Soulé, 2005)¹¹³. Alors qu'ils s'apprêtent à accueillir la vie, ils doivent faire face à la mort en plein devenir parents, faire le deuil d'un enfant qu'ils n'auront la plupart du temps pas entendu crier, avec lequel ils n'ont que peu de souvenirs. Rien ne peut préparer les parents à vivre cela (Bennett, Litz, Lee et al., op.cit.). L'une des particularités de ce deuil singulier est de faire coïncider dans un même temps, en un même lieu, dans un même psychisme, deux inconciliables, la vie et la mort (Soubieux,

¹⁰⁷ Authier-Roux F., « Ces bébés passés sous silence », Ed Erès, Ramonville Saint-Agne, 2007.

¹⁰⁸ Bydlowski M., Golse B. « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation », Le Carnet PSY, 2001/3 n°63, p30-33.

¹⁰⁹ Soubieux M.J., Le deuil périnatal, Fabert, Bruxelles, 2010.

¹¹⁰ Plat, Plat A., « Transmission de vie, projet de naissance dans la mort », Topique, 2011/3 n°116, p89-96.

¹¹¹ Haussaire-Nicquet, C. « L'enfant interrompu : la mort au creux du ventre, Études sur la mort, » 2001/1 (no 119), p. 155-162.

¹¹² Callister L.C., « Perinatal loss : A family perspective », J Perinat Neonat Nursey, 2006, Juil-Sep 20(3), p 227 à 233.

¹¹³ Soubieux, M.J, Soulé, M. « La psychiatrie foetale », In PUF, Paris, 2005.

2010)¹¹⁴. Les parents se retrouvent alors dans un état de sidération qui dépasse souvent leurs capacités d'élaboration. C'est une effraction dans le psychisme créant une discontinuité, un trou dans lequel peuvent s'engouffrer des représentations fantasmatiques, très anxiogènes.

Tous ces éléments entraînent les auteurs et les cliniciens à penser la perte périnatale quelque soit les semaines de fécondation ou les grammes du Fœtus-bébé comme une perte traumatique.

Cinq étapes ont été modélisé par Elisabeth Kübler-Ross¹¹⁵ et Bowlby¹¹⁶ dans ce processus nommé Travail de deuil par Sigmund Freud¹¹⁷

Les 5 étapes sont :

- Le déni : elle correspond au refus de la réalité,
- La colère, la protestation : elle correspond à la recherche d'un coupable, ce peut être le personnel médical, le soignant, mais aussi la patiente elle-même.
- La désorganisation, prise de conscience du caractère définitif de la perte : elle peut se manifester par la peur, l'impuissance, le désespoir, repli, parfois rupture de communication (y compris entre conjoints).
- La réorganisation, résignation, recherche de sens : elle correspond à la recherche de soutien, la reprise du quotidien.
- L'adaptation, cette étape porte le nom d'acceptation dans le deuil classique : elle correspond à la stabilité, la paix, la sérénité

Comme nous l'exposons plus haut, l'homme et la femme vont réagir comme ils le peuvent, en fonction de leurs antécédents, de leurs histoires et de leurs mécanismes de défenses, tout reste toujours unique et singulier. Les parents parleront de cette dichotomie qu'ils vivent psychiquement après la perte d'un enfant entre le quotidien avec le travail, les repas, les amis, la famille avec mes autres enfants et de l'autre le drame où l'enfant décédé les rattrape ainsi que la douleur associée et le futur effondré avec lui.

Cette survie est faite de moments « humanisés » et d'autres « déshumanisés ». C'est le temps qui passe, qui permettra petit à petit de mêler ces deux mondes pour que la vie reprenne ses droits.

Frechette-Piperni (2005)¹¹⁸ souligne «le bébé décédé doit prendre sa place, mais pas toute la place ».

Mon expérience clinique m'a appris que l'impact du deuil va se référer avant tout à l'investissement que la mère aura mis dans la grossesse et le projet d'enfant. Ce n'est pas tant la durée de la gestation que l'attachement qui provoquera un processus de deuil plus ou moins long, plus ou moins difficile. On remarque des grossesses à terme non investies et non traumatogènes dans leur deuil, vécue moins douloureusement.

L'étude de Boltanski L.(2004)¹¹⁹, souligne à cet effet les 2 aspects du fœtus. Le fœtus « authentique » véritable être humain, investi par les parents comme tel, et le fœtus « tumoral » qui sera accidentel sans projet de vie. On imagine que le fœtus « authentique » car il entre dans un projet de vie peut devenir « tumoral » pour les parents lorsqu'il y a une anomalie, ils souhaitent le

¹¹⁴ Soubieux M.J., « Le deuil périnatal », Ed Fabert, Bruxelles, 2010.

¹¹⁵ Kubler-Ross, E. « Sur le chagrin et le deuil », Ed pocket, Paris, 2011.

¹¹⁶ Bowlby, J. « Attachement et perte 3 : La perte tristesse et dépression », Ed PUF, Paris, 1969.

¹¹⁷ Freud S., « Deuil et Mélancolie » (1917) in Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1968.

¹¹⁸ Frechette-Piperni, S. « Les rêves envolés : traverser le deuil d'un tout petit bébé », Ed De Mortagne, 2005.

¹¹⁹ Boltanski, L. « Ne pas oublier l'avortement : Parcours avec la condition foetale », Ed Gallimard, Paris, 2004.

retirer au plus tôt et on constate finalement comme le soulignait Allamel-Raffin, C. et al. (2008)¹²⁰ le fœtus oscille « entre l'authentique et le tumoral ».

Le déroulement de la situation de deuil en 5 temps

A travers les couples qui viennent consulter, j'ai repéré un rythme en 5 temps dans le déroulement de cette situation. Ils sont parallèles aux étapes de deuil définies par Kubler-Ross, E. (op.cit.).

1er temps : le temps de l'annonce

Il y a une forme de brutalité dans l'annonce de l'atteinte foetale.

Les « parents vivent l'annonce du diagnostic de la maladie ou de la malformation graves de l'enfant comme une disparition immédiate du bébé » Dumoulin, M. (2010)¹²¹. Cette situation fait effet de trauma, de blanc émotionnel... » (cité in Briand, 2019).

Cette une nouvelle qui « tombe » à laquelle la femme ne s'attend pas et provoque un choc voir une stupeur déclenchant de l'angoisse. Si nous citons Freud nous parlerions de ce qu'il appelait « le pare-excitation externe est rompu et des quantités d'excitation trop grandes accèdent à l'appareil psychique ».(Freud, S.1926)¹²².

L'angoisse amène les parents à ne plus comprendre ni entendre les mots, les phrases des soignants, et souvent ils ont besoin d'un temps plus ou moins long pour réellement saisir la situation. Ce choc entraîne dans certains cas de la sidération.

En effet, parfois paralysée par l'angoisse, la future maman peut éprouver une véritable sidération, et être parcourue de mouvements de haine inconscients, allant jusqu'à un désinvestissement du fœtus. Déjà Freud (op.cit.) avait repéré deux formes d'angoisses différentes : l'angoisse automatique et l'angoisse signal. L'angoisse automatique est une « réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser » (Laplanche et Pontalis)¹²³

Cette angoisse rend incapable d'anticiper les situations difficiles et fige les pensées. L'angoisse paralysante résulte d'un ajout d'angoisse pulsionnelle à l'angoisse devant le danger réel. L'angoisse automatique s'oppose au signal d'angoisse, qui permet à l'individu d'avoir l'initiative de la réaction face au danger. Le moi perçoit alors un danger, interne ou externe, qui lui fait revivre inconsciemment un ancien souvenir traumatique. Il relie la perception du danger actuel à ce souvenir réactualisé, mais de façon atténuée, afin d'éviter d'être débordé par l'afflux des excitations. Cela permet de déclencher des opérations de défense adéquates et créatives.

¹²⁰ Allamel-Raffin, C. et al. « le fœtus dans l'acte d'IMG : un statut à géométrie variable », In Revue des Sciences sociales, n° 39, p 126 à 135.

¹²¹ Dumoulin, M. « Etude exploratoire qualitative de la traversée du deuil de parents qui, devant un diagnostic de malformation létale chez leur enfant, ont choisi de poursuivre la grossesse et d'accompagner leur enfant jusqu'à sa mort naturelle », Bruxelles, 2010.

¹²² Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF. 1926, p 53.

¹²³ Laplanche J., Pontalis, J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF 1967.

Molénat¹²⁴ insiste sur le fait qu'il y a une angoisse « décodable », qui est congruente car en adéquation à la situation réelle médicale, et l'angoisse non liée à cette situation. La première angoisse est à prendre au sérieux et à contenir en favorisant son expression, afin qu'elle ne se fige pas dans le temps. L'angoisse non liée est différente et ne cesse pas même face aux explications. Selon elle, cela « traduit l'impossibilité de penser à l'enfant à venir ou simplement son passage¹²⁵. » Il y aurait un « risque de confusion et de projection sur l'enfant d'affects et de représentations qui ne tiennent pas réellement à lui mais à ce qu'il fait surgir chez des parents meurtris dans leur passé d'enfant ou d'adultes ».

Missonnier (2003),¹²⁶ comparera l'angoisse automatique primaire à celle de la détresse du nourrisson face à des excitations débordantes qu'il ne peut maîtriser, et qui doivent être contenues par l'entourage.

Selon Soubieux (2004)¹²⁷, face à une mauvaise nouvelle, chacun va réagir différemment en fonction de sa propre histoire, de ses représentations personnelles, des mythes familiaux et de traumatismes anciens enfouis ravivés par ces situations. C'est ainsi qu'il y a toujours un décalage entre le vécu des parents, la compréhension de l'événement, la gravité du diagnostic, entre non perception et perception excessive, et ce que pensent en transmettre les soignants qui ont apprivoisé ce genre de nouvelles, aidés par leur professionnalisme et la technique.

Il peut y avoir un désinvestissement du fœtus par contrôle incertain des pulsions agressives. L'angoisse automatique peut sidérer les représentations d'enfant et freiner le processus de parentalisation. C'est alors que l'on peut observer un désinvestissement du fœtus. En cas de pathologie grave ou de menace d'accouchement prématuré précoce, les mères qui vont peut-être devoir se séparer de leur fœtus ne savent plus comment le penser. Elles cessent de se projeter dans l'avenir, ne font plus de préparatifs et arrêtent le processus de rêverie maternelle. C'est ainsi que le souhait de mort peut devenir conscient et conduire à l'interruption médicale de grossesse, celle-ci étant accompagnée d'une forte culpabilité.

Par voie de conséquence, le fœtus peut être également l'objet de haine lorsqu'il cesse d'être un objet sur lequel on projette l'enfant imaginaire, capable de remplir le mandat transgénérationnel. Selon Sirol (2003)¹²⁸. « La haine de la femme enceinte pour son fœtus . Autoriser la mère à penser ces idées de haine et à les formuler lui permet de déculpabiliser et d'atténuer le sentiment de son angoisse suscitée par le retournement sur elle de sa haine".

Dans ces conditions, certaines grossesses nécessitent une hospitalisation, dans le but de surveiller leur bon déroulement. Dans ce cas, la future mère est accueillie par une sage-femme qui, dès son arrivée, va s'efforcer de créer un climat de confiance. Elle peut expliquer l'état présent et décoder les besoins comme le ferait une mère avec son nouveau-né. Elle accompagne dans les soins quotidiens qui sont des moments d'échanges, parfois pour plaisanter, parfois pour se plaindre.

¹²⁴ Molénat, F. *Mères vulnérables, les maternités s'interrogent*, Paris : Stock-Laurence Pernoud, 1992

¹²⁵ Molénat, F. « *Mères vulnérables, les maternités s'interrogent* », Ed Stock-Laurence Pernoud, Paris, 1992, p 111.

¹²⁶ Missonnier, S. « *La consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité* », Editions Erès, Paris, 2003.

¹²⁷ Soubieux, M-J. « *Quand la grossesse devient une maladie* ». In S. Missonnier, B. Golse & M. Soulé, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : PUF, 2004, pp 597 à 616.

¹²⁸ Sirol, F. « *La haine de la femme enceinte pour son fœtus* ». *Devenir*, n° 11, 2003, pp 25-34.

Nous allons voir que le rôle de l'équipe soignante en cas d'hospitalisation est fondamental, car en plus de sa fonction de soin, elle peut adopter une attitude d'accompagnement et d'écoute, pour permettre à la future mère de contenir son angoisse et préserver sa rêverie, indispensable pour construire les compétences maternelles.

Il est vraiment primordial dans ces situations de tenir compte de la souffrance des couples au moment de l'annonce de la pathologie létale du fœtus. Cette souffrance est aussi partagée par les cliniciens qui évaluent et attestent de la gravité de la pathologie. Les parents rêvent d'un enfant qu'ils vont idéaliser tout au long de la grossesse. L'annonce d'une pathologie peut se faire lors d'une échographie, elle est violente et peut engendrer diverses réactions chez les parents (Antoine, op.cit).

Dans sa thèse, Viaux, S. (201, cité in Briand, 2019))¹²⁹ rappelle que l'échographie s'adresse à deux mondes différents «ce contraste entre l'intensité et la richesse du discours des femmes au sujet de ces échographies et ces souvenirs très précis de phrases prononcées par l'échographiste qu'elles pouvaient rappeler des années après la naissance de leur enfant avec une intensité émotionnelle préservée, contrastait avec le silence qui règne lors de ces séances». En outre l'attitude de l'échographiste est évidemment interprétée «la mère ne voit pas l'image elle-même, elle voit l'image réinterprétée au travers de l'écran que constitue l'échographiste et sa propre attitude face à l'image : ses mouvements, ces mimiques, ces quelques mots, qui vont former des traces mnésiques intenses du fait de leur degré émotionnel, très résistantes aux réinterprétations à posteriori des praticiens ».

Selon Missonnier (2004)¹³⁰ l'échographie doit être consentie par les parents, et appréhendée comme « négociation entre l'enfant virtuel parental et les objets médicaux». Depuis le développement des techniques de surveillance de la grossesse, le diagnostic prénatal (DPN) a fait apparaître le fœtus comme un sujet à part entière chez lequel on peut diagnostiquer des pathologies d'une extrême gravité. L'échographie permet un travail extraordinaire car au-delà de la possible vérification du développement du fœtus elle permet également le début plus probant d'un attachement à celui-ci. Pour certaines femmes, le ressenti du fœtus-bébé bouger n'était pas suffisant pour une représentation du bébé.

Le diagnostic prénatal est un moyen permettant de délimiter les frontières entre normalité et pathologie. Pour Bitouze (2001)¹³¹ à la suite de l'annonce d'une pathologie fœtale, la mère n'ayant pas encore objectivé le fœtus, elle se confronte à la réalité et la pratique du médecin. Avec l'évolution de l'imagerie médicale, le fœtus est examiné et observé, il est devenu patient à part entière. Au-delà du choc de l'annonce, les parents se retrouvent dans la réalité d'une décision à prendre, d'un choix à faire.

En médecine fœtale, le fœtus est un patient, qui peut être hospitalisé, tout en étant dans le ventre de sa mère, et parfois y mourir. La médicalisation de plus en plus pointue de la grossesse, l'avènement

¹²⁹ Viaux, C. « Recherche clinique en périnatalité : Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant », 2011.

¹³⁰ Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. « la grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité », Ed PUF, Paris, 2004.

¹³¹ Bitouze, V. « Le fœtus, un singulier patient, » éditions Séli Arslan, Paris, 2001.

de l'échographie et ce qui en découle, le diagnostic anténatal, ont permis la naissance d'une nouvelle discipline, la psychiatrie fœtale. Cette psychiatrie s'intéresse à tout ce qui se passe pendant la période de la grossesse, notamment en matière d'échographie, d'observation du fœtus, d'interruption de la grossesse et d'annonce du handicap. En effet, l'échographie, renommée « Interruption Volontaire de Fantômes » par Soulé, est toujours d'actualité, et permet de mettre en scène le bébé réel devant la mère mais aussi le père et l'échographiste. Elle donne à ce dernier le pouvoir de celui qui voit et qui sait. C'est à lui que revient le devoir d'annoncer que tout se passe bien, mais aussi parfois, une malformation ou une pathologie létale. Une telle annonce conjugue ambivalence, angoisse et remaniement des fantasmes élaborés jusque là. Elle a un impact sur le fœtus, ses parents, la dynamique familiale et celle de l'institution soignante qui les accueille.

En 2011, Gourand¹³² lui, qualifiera "l'échographie de « malentendu fondamental » : la mère, bien que consciente de l'aspect technique, cherche à ce qu'on lui « présente » son enfant, elle cherche à créer un lien avec son « enfant aquatique »" (Briand, 2019). L'échographe lui détecte une réalité objective et normée, dans un contexte médico-légal.

Si l'échographie décèle un problème fœtal, le choc est frontal, en direct et l'incapacité à se préparer mentalement entraîne souvent la sidération !

2ème temps : De la sidération à la culpabilité

Le moment même de l'annonce d'une mort fœtale ou d'une grave malformation laisse les parents en état de choc, de sidération, envahis par des sentiments ambivalents, et de refus de la réalité. Un véritable cauchemar pour certains avec un réveil très douloureux. Il faudra des jours pour intégrer l'information.

Pour certains, la culpabilité arrivera plus ou moins rapidement après la sidération. Je remarque avec le travail thérapeutique autour du traumatisme que la culpabilité des parents autour de la perte peut bloquer le processus de deuil. Envahis par de forts sentiments, ils peuvent se sentir responsables de la mort in utero de leur bébé ou de l'anomalie fœtale détectée. Certaines études ont montré qu'un sentiment envahissant de culpabilité était fréquemment associé à des réactions de deuil compliqué (Kersting et Wagner, 2012)¹³³. Ce sentiment agirait comme une protection temporaire permettant aux parents d'accepter progressivement la nouvelle réalité.

Donc il est primordial d'entendre cette culpabilité et de la prendre en compte. Le trauma repose sur l'expérience de la mort (Bacqué, 2008)¹³⁴, notamment en raison de sa violence, de son issue et de l'impréparation dans laquelle elle plonge le sujet. » (Favaro, 2015).¹³⁵

¹³² Gourand, L. « Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. In Erès (Ed.), L'échographie de la grossesse, Promesses et Vertiges (pp. 47-83). Toulouse: sous la direction de Soulé M avec Gourand L, Missonnier S, Soubieux M-J. 2011

¹³³ Kersting, A. et Wagner, PhD. « Complicated grief after perinatal loss », Dialogues in clinical neurosciences, 2012, 14(2), p187-194.

¹³⁴ Bacqué, M-F. « Des séparations aux deuils, place de l'aptitude à la séparation comme organisateur psychique » In Dialogue, n°180, 2008, p 23 à 38.

¹³⁵ Favaro, C. « Actualisation du trauma du décès maternel dans la grossesse chez une femme et impacts sur la construction psychique de la parentalité », In Connexions (103), 2015, 131 à 142.

Il faudra dénouer psychiquement ce temps de grande douleur et de responsabilité face à cette situation pour pouvoir accéder aux autres étapes du deuil et d'investissement d'une nouvelle éventuelle grossesse. Les deux parents sont touchés par ce sentiment de culpabilité. Diedisheim, M, (2008)¹³⁶ remarque que la mère et le père éprouvent une culpabilité plus ou moins vive qui peut se jouer sur plusieurs plans : conscient, subconscient et inconscient. « Cette culpabilité peut, si elle n'est pas entendue, s'enkyster et être le germe d'un état dépressif ultérieur majeur.

Je suis en accord avec cela car les situations cliniques les plus délicates s'appuient sur des sentiments intimement refoulés ou non de honte et de responsabilité.

«Ce sentiment de culpabilité exacerbé qui s'accompagne de la conviction d'être responsable de la mort du bébé, d'un effondrement du sentiment de compétence parentale, des angoisses de mort, d'une crainte irrépressible de voir l'événement se répéter, pour eux et l'environnement. On note la possibilité d'un aspect durable du traumatisme ». De Broca, A¹³⁷.

On sait cependant que la femme pleurera sa peine de la perte plus que l'homme, car elle va développer durant la grossesse un sens de la responsabilité envers ce bébé si fragile. Pour Delaisi de Parseval (op.cit.)¹³⁸, la mort périnatale est intolérable par rapport au sentiment d'omnipotence vécu par la femme enceinte : « La culpabilité écrasante vécue par la mère est à la mesure de la toute-puissance ressentie durant la grossesse ».

Il y a chez la femme un sentiment très particulier d'omnipotence comme la souligne Delaisi de Parseval (op.cit) dans cette période. Le bébé fait partie intégrante d'elle. Faire le deuil revient à dire de faire le deuil d'une partie de soi ! « la douleur de cette perte pourrait s'apparenter (...) à la douleur fantôme qui suit parfois une amputation » Legros (op.cit.)¹³⁹. Les femmes ressentent un vide intérieur (cependant cette sensation est également très régulièrement ressentie après un accouchement). Il y aurait une double culpabilité pour la femme « celle d'une faute imaginaire (et de sa recherche) cause de l'anomalie et celle d'une faute réelle de tuer (de façon complice avec les médecins) activement l'enfant » Legros, JP (op.cit). La femme est privée de son statut qui est reconnu par la société « être enceinte », pour laisser place à la honte. Ciccone & Ferrant, (2011)¹⁴⁰, soulignent le sentiment de honte ressenti par les couples « Ce qui était beau devient dégradant, la honte est amplifiée par le fait d'être exposé au regard de l'autre et pousse à éviter le regard ».

Cette culpabilité peut entraîner les femmes vers des croyances irrationnelles du type « je ne peux pas porter d'enfant », « je fais mourir les enfants en moi », « je vais devoir payer pour avoir choisi de donner la mort à mon fœtus » ou encore « (j'ai) peur de (m)'attacher à cet enfant là pour risquer finalement qu'il ne meure ».

¹³⁶ Diedisheim, M, « Projet d'enfant, fin, le deuil : approche psychologique ». L'enfant mort autour de la naissance. Assistance publique hôpitaux de Paris. Espace éthique/ap-hp, mars 2008.

¹³⁷ De Broca, A. « « Deuils et endeuillés, comprendre pour mieux (s)écouter et s'accompagner, Paris, Ed Masson, 1997.

¹³⁸ Delaisi de Parseval G., « Les deuils périnataux » In Revue Etudes, n° 387, 1997.

¹³⁹ Legros, J.P. « L'arrêt de vie in utero ou l'errance des fœtus ; un possible deuil » in L'Esprit du Temps/Études sur la mort 2001/1 - N° 119, p 63 à 75.

¹⁴⁰ Ciccone et Ferrant, « Psychopathologies du deuil périnatal », in Le deuil périnatal, Ed Elsevier, Paris 2011, p 20.

Nous soulignons le ressenti de vide qu'éprouvent des femmes mais l'image du corps même de la femme, de sa féminité se retrouve bafouée. Ce dysfonctionnement est intolérable et elle peut représenter son ventre comme un tombeau.

Un travail sous hypnose avec une patiente avait débouché sur ce genre de pensées et de ressentis très morbides « mon ventre ? rien, froid, vide, noir, un trou immense ... »

Il peut y avoir des ressentis de jalousie envers les autres enfants ou les femmes enceintes peuvent surgir, ce qui peut conduire à l'isolement, à l'évitement de certaines situations et à des difficultés d'adaptation par rapport à ses ressentis » (Kersting et Wagner, 2012)¹⁴¹.

Comment une femme peut-elle imaginer accoucher de son bébé mort ?

S'il naît pas mort le laisser mourir... un véritable drame personnel ! Pourquoi MOI ? Qu'est ce que j'ai fait ? On nous a puni ? C'est de ma faute ? autant de questions que de non réponses car il n'y a pas vraiment de réponses à cette situation.

Diane de Wailly (2014)¹⁴² dans son article mentionne la recherche de : Erlandsson et al. (2013)¹⁴³ qui a interrogé des femmes ayant vécu une perte foetale après 23 S sur le fait de voir ou non leur fœtus décédé.

Les résultats montrent que : Dans 51% des cas, l'équipe a fait la demande aux mères, dans 26% des cas le bébé leur a été présenté de manière naturelle sans leur demander préalablement, dans 15% des cas, c'est la mère qui a demandé et les 11% restant représente les mères qui l'ont fait d'elles-mêmes sans demander. Il ressort que si les femmes se sont vues présenter leur bébé spontanément sans qu'aucune demande ne leur soit faite, elles le vivent positivement, comme quelque chose de naturel. En revanche, le fait de leur demander, ouvre la porte à la peur, à l'appréhension et au refus. Ces résultats viennent présenter sous un autre angle les pratiques actuelles et introduisent la position du soignant et son rôle important. Du coup le débat se déplace à la relation soignant mère-fœtus et non centré sur la réponse de la mère. Si les choses se font naturellement, les mères le vivent positivement. Et souligne bien le fait que demander à « une mère de voir ou non son bébé décédé renverrait à quelque chose d'anormal et ouvrirait nécessairement la porte à l'effroi et au refus ».

D'autre part Soubieux (2005)¹⁴⁴ relevait les modifications possibles en quelques jours, « que le fonctionnement du cerveau peut dans un premier temps refuser de voir le fœtus-bébé, et dans un deuxième temps lorsqu'il sort de la sidération de l'événement il n'est pas rare que la pensée des femmes se remettent en route et nombreuses sont celles qui souhaitent voir leur fœtus-bébé. » Il y a des mécanismes de défense en jeu lorsqu'un deuil de cette ampleur surprend un couple. Le cerveau

¹⁴¹ Kersting A., Wagner PhD. « Complicated grief after perinatal loss », Dialogues in clinical neurosciences, 2012, 14(2), p187-194.

¹⁴² Diane de Wailly « Les soignants et l'accueil de la mort périnatale : entre angoisse et anticipation », Ed carnet psy, n° 185, 2014 p 25.

¹⁴³ Erlandsson K., Warland J., Cacciatore J., Radestad I. « Seeing and holding a stillborn baby : mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth, findings from an online questionnaire », Midwifery, 2013, Mar 29(3), p246-250.

¹⁴⁴ Soubieux, M.J. « la psychiatrie foetale », Que sais-je ? Ed Puf, Paris, 2005.

est bien fait et il gèle toute possibilité de réactions, il permet un temps de pause obligatoire avant toute décision.

Soubieux (op.cit.) a beaucoup travaillé sur les blessures narcissiques que les parents vivent à travers les parcours douloureux en périnatalité, et elle souligne comment le fœtus dans ce cas peut être vécu de façon ambivalente en amour et haine, « haine qui sera contenue, refoulée par des mécanismes psychiques, le souhait de mort devenant alors conscient ».

Il y a une sorte de : « clivage impossible entre l'amour et la haine », il s'agirait d'une bipolarité. La culpabilité résulte des attaques du sujet contre ses objets d'amour qu'il redoute fantasmatiquement détruits ; la honte, par contre, découle plutôt du sentiment d'être disqualifié, rejeté, « abjecté », par l'objet (Ciccone, 2014)¹⁴⁵.

« Dans la culpabilité c'est la question de la faute qui est posée. Est-ce que je suis coupable ? Et de quoi suis-je coupable ? » « L'existence de ces vécus n'est pas en soi pathologique ni pathogène » (Shulz, 2014)¹⁴⁶. Ciccone (op.cit.) met l'accent sur leur rôle dans l'élaboration d'un traumatisme. « La culpabilité va permettre d'atténuer l'impact traumatique en rendant le sujet actif, l'événement est alors moins injuste ». La honte quant à elle effectue un « travail d'enfouissement, d'encapsulations d'expériences traumatiques ».

Après avoir idéalisé leur enfant, l'enfant réel prend place. Cette blessure narcissique les amène à rejeter cet enfant qui ne comble plus leur désir d'enfant idéal. Face à cet impossible, ils peuvent décider d'interrompre la grossesse. Mais ce choix est souvent lourd à porter pour les parents qui n'arrivent pas à faire le deuil d'un enfant qui n'a pas « été ».

Nous voyons l'impact psychologique sur les parents, passant de la sidération à la culpabilité, ne sachant gérer les sentiments débordants de haine et d'amour face au fœtus-bébé non viable. Les mécanismes de défenses peuvent tour à tour les amener à refuser de voir le fœtus-bébé et quelques heures après ressentir l'inverse. C'est certainement tous ces éléments ambivalents qui motivent certains parents à poursuivre la grossesse jusqu'à terme et ce malgré la gravité de la pathologie.

3ème temps : La relation soignants/patients - un accompagnement spécifique

Jouanny (2017)¹⁴⁷ dans sa recherche, se réfère à deux études importantes. Celle de Gold, Dalton et Schwenk, (2007) qui analysent les interactions entre les parents et les professionnels de la santé dans le cas d'une perte périnatale. Sur les 1100 articles consultés, ils ont retenus 60 études englobant environ 6000 patients.

S' ils n'observent pas de consensus sur les attitudes les plus aidantes, les parents valorisent le soutien émotionnel, l'attention portée à la mère et une information éducative sur le deuil, et sont particulièrement sensibles à l'indifférence, l'insensibilité ou la pauvreté de communication des

¹⁴⁵ Ciccone, A. « Les enfants du deuil », In Roussillon R. (sous la direction de), Manuel de psychologie et de Psychopathologie clinique générale, Ed Elsevier, 2014.

¹⁴⁶ Shulz, J. « Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale », in Carnet Psy, n°185, Paris, 2014, p 31 à 35.

¹⁴⁷ Jouanny, C. « Aux prises avec Eros et Thanatos : deuil et maternité », Master2, Université Paris8, Sous la direction de Mme Antoine, 2017.

équipes soignantes. Ils notent que dans l'ensemble les pratiques suivent les recommandations d'accompagnement sur les cinq aspects principaux concernant la prise de photos, voir et toucher l'enfant, l'accouchement, l'autopsie, l'organisation des funérailles mais qu'il existe des possibilités d'amélioration en laissant plus de choix aux parents sur les modalités de l'accouchement et des soins, et en encourageant le contact avec l'enfant. Les interactions des parents avec les équipes médicales ont de profonds effets sur leurs capacités à faire face à la fois durant l'hospitalisation et sur le long terme. Les issues favorables dépendent autant des attitudes et comportements de soins que de la qualité des procédures médicales. Les professionnels amenés à rencontrer des parents dans cette situation pourraient considérer chaque rencontre comme leur seule chance de bien faire ! (Downe, Schmidt, Kingdon et al., 2013)¹⁴⁸.

Et celle de Robertson, Aldridge et Curley (2011)¹⁴⁹ sur 200 unités néonatales du Royaume-Uni. Il apparaît qu'un faible pourcentage n'a reçu aucune formation mais que 31% des soignants interrogés ont trouvé leur formation inadéquate et pauvre d'un point de vue théorique. Le manque de connaissances et d'habiletés à gérer la perte périnatale seraient les principales causes des attitudes inappropriées des soignants.

Merci à Laure Samoel (2017)¹⁵⁰ qui dans son travail de recherche a recensé certaines études à l'international sur ce thème et je les expose ci-après. Elle cite l'étude nationale de 1996 de Radestad, Nordin, Steineck, et al., (2009)¹⁵¹ sur un groupe de 314 mères suédoises ayant donné naissance à un bébé mort entre la 28^{ème} semaine de gestation et le terme, et ayant une photo de l'enfant, des empreintes de mains et de pieds, une mèche de cheveux, une image échographique du bébé et ayant passé le temps souhaité avec le bébé après l'accouchement, il a été retrouvé moins de symptômes relatifs à l'anxiété trois ans après la perte. Il en est de même pour les femmes ayant conservé des souvenirs physiques de leur enfant, un tiers d'entre elles ont exprimé le fait qu'elles auraient aimé en conserver plus (Elklit et Gudmundsdottir, 2006)(op.cit).

De WijngaardsMeij, Stroebe, Stroebe et al. (2008)¹⁵², ont relevé des niveaux plus faibles de douleurs chez des parents ayant pu présenter le corps de leur enfant à la maison et ayant le sentiment d'avoir pu dire au revoir.

Elle reprend également une autre étude qui à grande échelle de 2006 en coopération avec l'association nationale danoise pour la mortalité infantile, Elklit et Gudmundsdottir (op.cit.) ont cherché à savoir si les recommandations concernant les pratiques d'accompagnement à la suite d'une perte périnatale étaient utiles ou préjudiciables au bien-être psychologique des parents. Leur hypothèse est que le contact physique avec l'enfant mort, le fait de garder des souvenirs physiques de l'enfant et les rituels associés à la perte aideraient les parents à aboutir leur processus de deuil.

¹⁴⁸ Downe S., Schmidt E., Kingdon C., Heazell A.E. « Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospital : a qualitative interview study », *BMJ Open*, 2013, Feb 14 ;3(2).

¹⁴⁹ Robertson, Aldridge et Curley (2011) Robertson M.J., Aldridge A., Curley A.E. « Provision of bereavement care in neonatal units in the united Kingdom. », *PediatrCrit Care Med*, 2011, May 12(3), p11-115.

¹⁵⁰ Samoel, L. « Les effets du franchissement des étapes de confrontation à la réalité du décès d'un bébé en période périnatale sur le processus de deuil parental », Master 1, sous la direction de Mme Antoine, Université Paris8, 2017.

¹⁵¹ Radestad I., Surkan P.J., Steineck G., Cnattingius S., Onelöv E., Dickman P.W. « Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. », *Midwifery*, 2009, Aug 25(4), p422-429.

¹⁵² Wijngaards-de Meij L., Stroebe M., Stroebe W., Schut H., Van den Bout J., Van Der Heijden P.G., Dijkstra I. « The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief », *Death Studies*, 2008, 32(3), p237-252.

Deux groupes de parents (n=566 au total) ont répondu à un questionnaire sur les circonstances entourant la perte et à trois échelles mesurant le niveau de trauma, les affects négatifs et les symptômes psychosomatiques, ainsi que les réactions de douleurs dues au deuil. Les principaux résultats concernant le groupe des pertes périnatales révèlent que le fait de voir ou tenir l'enfant décédé est associé à une détresse psychologique réduite, alors que certains souvenirs du bébé ainsi que leur nombre sont associés à une augmentation de celle-ci.

Laure Samoel (op.cit.) cite Hughes, Turton, Hooper et al. (2002)¹⁵³ qui comparent un groupe de 65 femmes enceintes ayant antérieurement perdu de manière spontanée un bébé après 18 semaines de gestation à un groupe de contrôle de femmes dans leur première grossesse. Dans le groupe avec une perte antérieure, les femmes ayant tenu leur enfant dans les bras ont plus tendance à être déprimées que celles l'ayant seulement vu. Les femmes ayant vu leur enfant développent plus d'anxiété et de stress post-traumatique dans le troisième trimestre de la grossesse suivante, ce niveau reste plus haut un an après la fin de celle-ci. Le fait de garder des souvenirs ou d'organiser des funérailles n'a pas été associé à des issues défavorables. Ces résultats suggèrent que les pratiques courantes augmentent le risque de complication quant à la santé mentale des mères. Selon Reynolds (2003-2004) (in Elklit et Gudmundsdottir, 2006), ces conclusions indiqueraient que les équipes appliquent de manière un peu rigide, les protocoles en vigueur en oubliant parfois dans leur désir d'aider les possibilités et désirs des parents.

Enfin Cacciatore, Radestad, et Frederik Froen (2008)¹⁵⁴ ont cherché à affiner ces résultats en évaluant 292 femmes avec antécédent de perte périnatale dont 286 enceintes dans l'optique d'étudier les effets du fait de voir et tenir son enfant décédé, lors d'une grossesse ultérieure et sur le long terme. Ces pratiques sont associées à moins de symptômes dépressifs et anxieux chez les mères de mort-nés par rapport à celles qui ne le font pas, mais cet effet bénéfique sur le long terme peut-être temporairement inversé lors d'une grossesse ultérieure, ce qui pourrait expliquer les résultats de Hughes, Turton, Hooper et al. (2002).

Radestad, Surkan, Steineck et al. (2009)¹⁵⁵ soulignent l'influence de l'attitude des soignants dans le choix de tenir ou non l'enfant. S'ils trouvent des effets bénéfiques pour les femmes avec un terme supérieur à 37 semaines, les résultats concernant les femmes avec un terme entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine sont incertains.

Enfin une autre recherche plus récente (Erlandsson, Warland, Cacciatore et al. (2013)¹⁵⁶ insiste sur la manière de présenter l'enfant aux parents. Ils ont envoyé un questionnaire par internet à 840 sujets ayant donné naissance à un bébé mort-né entre 1955 et 2010. Les femmes auxquelles leur bébé était présenté naturellement après l'accouchement sans qu'on leur pose la question ont eu tendance à trouver cette expérience plus confortable par rapport à celles auxquelles on a posé la question. Ils recommandent donc que les soignants puissent aborder les mères avec tendresse et

¹⁵³ Hughes P., Turton P., Hopper E., Evans C.D. « Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth : a cohort study », *Lancet.*, 2002, Jul 13 ;360, p114-118.

¹⁵⁴ Cacciatore J., Rådestad I., Frederik Froen J. « Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. », *Birth.*, 2008, Dec 35(4), p313-320.

¹⁵⁵ Radestad I., Surkan P.J., Steineck G., Cnattingius S., Onelöv E., Dickman P.W. « Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. », *Midwifery*, 2009, Aug 25(4), p422-429.

¹⁵⁶ Erlandsson K., Warland J., Cacciatore J., Radestad I. « Seeing and holding a stillborn baby : mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth, findings from an online questionnaire », *Midwifery*, 2013, Mar 29(3), p246-250.

humilité en assumant le fait qu'elles souhaitent voir et tenir leur bébé, ce qui apporte un éclairage nouveau sur les pratiques.

La contenance de l'équipe comme une peau protectrice

Anzieu (1985)¹⁵⁷ a beaucoup apporté à la notion de contenance, en introduisant la notion de « Moi-Peau ». Selon lui, les expériences corporelles très précoces donnent une limite entre le dedans et le dehors et contribuent à la construction d'un « Moi-peau », qui enveloppe l'appareil psychique, à l'image de la peau qui enveloppe le corps. Le rôle du Moi-Peau est de filtrer les informations et permettre au sujet de réguler ses affects. Selon Anzieu, le Moi-Peau a une fonction contenant de pare-excitation, destinée à protéger l'appareil psychique d'un débordement traumatique, d'une quantité d'énergie trop importante venant de l'extérieur. L'utérus est le contenant anatomique du fœtus, et fournit en même temps l'ébauche d'un contenant psychique. Le corps de la mère, et plus spécialement son ventre, constitue un pare-excitation. Nous pourrions penser que l'équipe joue ce rôle de moi peau contenant pour la mère dans les situations dramatiques, et non dramatiques. L'équipe soignante pourra apporter une enveloppe, une sécurité, une bienveillance qui servira de pare-excitation.

Les soignants peuvent nourrir ou figer ces représentations, par les métaphores qu'ils vont apporter. En effet, ils sont souvent les premiers à personnifier l'enfant aux yeux de sa mère, en le nommant et en reconnaissant son identité de mère en lui disant «votre enfant». Au contraire, lorsqu'ils évoquent un fœtus en danger, ils participent à l'effraction psychique de la mère, l'éloignant ainsi du bébé attendu, et lui signifiant un ventre incompetent. Une femme enceinte est particulièrement vulnérable et extrêmement réceptive. Les paroles qui concernent son enfant et sa grossesse peuvent être ressentis comme ayant une valeur prédictive. C'est pourquoi les propos de l'équipe soignante peuvent être aussi bien liants et symbolisants que désorganisateurs.

Nous avons vu dans le chapitre 1 que le cerveau de la femme enceinte est très sensible aux mots employés, aux détails et que sa capacité mnésique est plus importante.

Diane de Wailly (op.cit.) s'interroge sur le mouvement entre soignants et patients lors d'un deuil périnatal. Il y aurait un jeu d'interactions où : « les émotions des uns entrent inévitablement en résonance avec celles des autres... Les acteurs du soin autour du fœtus n'échappent pas aux angoisses archaïques et à la violence fondamentale mobilisée par ce contenu utérin, inquiétant et familier à la fois. Car le fœtus, objet de soin est également un objet nostalgique venant raviver en chacun son histoire prénatale : « et étrangement inquiétant est l'entrée de l'antique terre natale du petit d'homme, au lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord ».

En conclusion, le lien que la patiente va nouer avec l'équipe soignante est essentiel pour son sentiment de sécurité intérieur. Il est vrai que l'histoire personnelle va jouer un rôle dans la façon dont la mère vit l'hospitalisation.

¹⁵⁷ Anzieu, D. « Le moi peau », Paris, Ed Dunod, 1985.

4ème temps : le temps de l'impact du deuil sur la famille

Les parents

Il est aujourd'hui reconnu que la perte périnatale a un impact significatif sur les deux parents bien que la souffrance des pères ait souvent été négligée. Globalement la plupart des études révèlent des symptômes similaires entre la mère et le père mais des niveaux de douleur plus bas chez ces derniers (Stinson, Lasker, Lohman, et al.1992 ; Vance, Boyle, Najman et al., 1995 ; Korenromp, Page-Christiaens, Van den Bout et al., 2007; Badenhorst et Hughes, 2007), ceux-ci ayant tendance à faire leur deuil avec moins d'intensité et sur des périodes plus courtes (Beutel, Willner, Deckardt et al., 1996; Stinson, Lasker, Lohman, et al.1992). Les symptômes seraient différents dans leur expression avec notamment moins de pleurs et moins besoin de parler de la perte (Beutel, Willner, Deckardt et al., 1996), et une tendance plus marquée à interioriser et se distraire plutôt qu'à verbaliser (Wing, Burge-Callaway, Rose Clance et al., 2001 in Kersting et Wagner, 2012)¹⁵⁸. La pression sociale d'être fort les conduiraient à moins exprimer leurs demandes de soutien en voulant avant tout protéger leur compagne (O'Leary et Thorwick, 2006)¹⁵⁹.

Cela peut entraîner un décalage dans les réactions des partenaires. Certains hommes sont confus devant les réactions de douleur de leur partenaire ce qui peut entraîner des conflits, des incompréhensions et affecter les interactions dans le couple pouvant aller jusqu'à la séparation (12% des couples de l'étude de White-van Mourik, Connor, Ferguson-Smith, 1992).

Vignette clinique : Monsieur M.

Monsieur M. est un homme charmant qui déploie un trésor d'imagination pour contenter son épouse. Mme M. est également une femme adorable, douce qui reconnaît totalement les qualités de son époux et qui en fait de même. Ils ont malheureusement des difficultés dans leur vœux de fonder une famille. Mme M. a déjà eu 3 fausses couches dont une tardive. Cette fois-ci ils pensaient que c'était à leur tour de devenir parents mais ils doivent subir une IMG suite à une malformation foetale. C'est un drame. Mr M. va soutenir sa femme au maximum de ses possibilités, il ne se plaindra pas, fera passer sa douleur après celle de Madame, sera à l'écoute jour et nuit des plaintes et cauchemars de sa femme. Après plus d'un an, Mme M. se rétablit (psychothérapie aidant) et là Mr M. s'effondre et vit une dépression. Ce décalage entre Monsieur et Madame aura permis qu'ils puissent se soutenir l'un /l'autre.

Dans leur revue de littérature, Kersting et Wagner (2012) cité dans le mémoire de Samoel-Blazysoulignent une série d'études montrant que malgré les spécificités des pertes périnatales, le deuil ne diffère pas significativement en intensité d'autres scénarios de perte. Les symptômes du deuil pour les parents décroissent généralement en intensité au cours de la première année, des études longitudinales ont relevé une diminution de la douleur liée au deuil dans une période de deux ans après la perte de grossesse. Dans une étude longitudinale de 2007,

¹⁵⁸ Kersting A., Wagner PhD. « Complicated grief after perinatal loss », Dialogues in clinical neurosciences, 2012, 14(2), p187-194.

¹⁵⁹ O'Leary J., Thorwick C. « Fathers' perspectives during pregnancy, post perinatal loss », J Obstet Gynecol Neonatal Nurs., 2006, Jan-Feb 35(1), p78-86.

Maciejewski, Zhang, Block et al.¹⁶⁰ montrent que le processus de deuil normal suit un certain nombre d'étapes au cours desquelles les indicateurs de deuil comme l'incrédulité, l'engourdissement, la colère, la dépression culminent chacun successivement entre 0 et 6 mois après la perte.

La fratrie

Dans son article Bérangère Beauquier-Maccotta (2014)¹⁶¹

Explique que le deuil périnatal peut accompagner le couple bien après l'événement traumatique et cette perturbation peut contaminer la famille entière y compris les enfants existants. En effet, les parents seront pris entre deux espaces un actif-présent et l'autre absent-triste. Les enfants de la fratrie ressentiront cette dichotomie et suivant l'âge de développement réagiront différemment.

Bérangère Beauquier-Macotta (op. cit.p 43) dans son observation précise qu'il est délicat dans certaines familles de dire à l'aîné sans le traumatiser que son petit frère ou sa petite sœur ne vivra pas ? Et pourtant il est important « que la formulation choisie de la part des parents ne ferme pas la porte à ce qu'un jour ils puissent raconter aussi cette part de l'histoire, dans un récit plus apaisé ». Cette même auteure (op.cit. p 44) va lister les projections et les identifications de l'aîné et sa fonction auprès de ses parents et l'auteure fait ressortir plusieurs positionnement face aux parents.

L'enfant porte parole : il sera le miroir des mouvements internes des parents et les parents pourront penser l'ambivalence ressentie face au fœtus-bébé malade.

L'enfant et le fantôme : l'aîné va grandir avec l'image de son puîné décédé. Cette image nourrie par les parents peut devenir une rivale inatteignable pour l'aîné le mettant en échec.

Les parents peuvent également régresser et se conduire face à l'aîné avec des conduites qui le font régresser (l'enfant régressé).

Pour certains parents la surcharge mentale d'être à la fois avec l'enfant vivant et penser à l'enfant mort. Les parents par la culpabilité se doivent d'être avec l'enfant mort et par conséquent l'aîné juste le fait d'exister les renvoie à leur culpabilité à leur échec.

L'aîné peut être une source de consolation et de satisfactions pour les parents endeuillés « A travers cette place, ils peuvent tout à la fois se sentir actifs face à cette perte qui confronte toute la famille à l'insupportable impuissance. Et en même temps, dans leur propre économie psychique, cette place d'enfant thérapeute vient aussi agir quelque chose de cette rivalité fraternelle, par cette place, il épouse une place d'enfant qu'ils peuvent fantasmer comme préféré, sans pour autant dénier l'existence du bébé décédé. Mais parfois, cette position les inscrit dans un rôle qui n'est pas le leur et les éloigne des enjeux développementaux de leur âge » (Oppenheim 2011).

¹⁶⁰ Maciejewski P.K., Zhang B., Block S.D., Prigerson H.G. « An empirical examination of the stage theory of grief », JAMA, 2007, p297-716.

¹⁶¹ Bérangère Beauquier-Maccotta , « Le deuil prénatal et son retentissement dans la fratrie », Carnet Psy n° 185, p 41 à 45, 2014.

Le fameux enfant de remplacement : les parents projettent sur l'aîné des gestes de maternages régressifs comme si le bébé était là. C'est l'enfant de remplacement inversé car il est déplacé sur l'aîné.

Et bien sûr l'enfant parfait : les attentes des parents envers le bébé qui n'a pas survécu, le mandat transgénérationnel qui lui était confié ne disparaissent pas avec son décès. Ces attentes peuvent se déplacer sur un autre enfant, enfant qui naîtrait après cette perte, mais aussi parfois sur les enfants aînés. Ces attentes et projections, souvent nourries par une idéalisation de l'enfant perdu, peuvent prendre une allure très irréaliste car désafférentée des compétences et des qualités réelles de l'enfant. Si celui-ci peut les percevoir comme ayant un caractère réparateur pour ses parents, il peut tenter de s'y conformer pour soulager ses parents, prenant néanmoins le risque d'un échec ou, au contraire, s'en dégager bruyamment dans une rébellion face à ces attentes.

Le style éducatif des parents sur les enfants suivants peut être affecté. Sur un petit échantillon de 13 parents endeuillés, Warland, O'Leary, McCutcheon et al. (2011) mettent en évidence un style d'éducation paradoxal faisant cohabiter des attitudes contradictoires (par exemple, à la fois être émotionnellement proche et tenir à distance l'enfant).

Impact sur le deuil du père

Marianne Dollanger (2014)¹⁶² explique que les répercussions du deuil périnatal ont été étudiées à profusion chez la femme (Loroux, 1990 ; Rousseau, 1998 ; Ferreri, 2003 ; Flis-Trèves, 2004 ; Martineau, 2008). Son impact sur la famille et l'entourage (Rousseau, 1995, 1998; Mazet et Lebovici, 1996 ; Clerget, 2004 ; Coq, Romano, Scelles, 2011 ; Soubieux, 2011, 2013) et, très peu sur le couple (Hébert, 1996).

Le deuil périnatal au masculin n'a pas été réellement pris en compte. C'est sur ce point que cet article ambitionne d'apporter sa pierre à l'édifice. La « préoccupation primaire » (Boulet, 1997 ; Sirol, 2002) que développe le jeune père entraîne la nécessité d'un deuil en cas de décès périnatal.

Pour le père également les représentations inconscientes durant la grossesse renvoient sur le versant oedipien, à la réalisation du rêve infantile d'engendrer un enfant avec son propre père (Bydlowski, 2002). Il vivra des modifications et des projections tout comme la mère. Le deuil d'un père pendant la période prénatale est associé à un mouvement de retrait psychopathologique chez l'enfant à naître (De Rosa, 2009)¹⁶³. Le deuil et le retrait procèdent d'un même processus adaptatif à visée de protection contre la douleur insoutenable de la perte.

“D'une part, certains éléments du suivi de la grossesse (échographies, haptonomie...) ont aidé à la construction de représentations concrètes et d'éprouvés sensoriels, via le toucher chez le père également (Soulé et coll., 1999 ; Rossigneux-Delage, 2004 ; Soubieux, 2008). D'autre part, le

¹⁶² Dollander M., de Tychev C. « Présentation de l'échelle de deuil de Potvin, Lasker, et Toedter : « Utilité en clinique pré- et périnatale », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2000, n°48, p245-252.

¹⁶³ De rosa, E. « Retrait et deuil pendant la période périnatale » In Devenir, Vol 21, 2009, p 159 à 183.

devenant père porte psychiquement, lui aussi, un enfant imaginaire et réalise un travail psychique reposant sur la mise en mots et la mise en récit” (Sirol, 2002)¹⁶⁴.

Pour aller plus loin

Lire article : Deuil périnatal paternel et relation d’objet virtuelle - Marianne Dollander - Dans dialogue 2014/3 n° 205 pages 103 à 114

Retrait et deuil pendant la période périnatale - De Rosa - In Devenir 2009.

Impact sur la santé mentale

Le deuil périnatal par son aspect inattendu provoque très souvent des éléments traumatiques chez la mère et le père. Pour certains les symptômes disparaîtront au bout d’une année et pour d’autres il n’en est pas de même. En effet, le deuil périnatal peut provoquer des troubles psychiques ou accentuer des troubles déjà existants. Peuvent subsister des troubles anxieux et dépressifs, de la culpabilité (Robinson, 2011) du stress post-traumatique, des plaintes somatiques.

Armstrong en (2007)¹⁶⁵, étudie un groupe de parents avec perte périnatale antérieure (n=38) présente plus de symptômes dépressifs que le groupe de contrôle (n=36) malgré une diminution significative après la naissance d’un enfant en bonne santé pour les pères, mais pas pour les mères. Quelques études évaluent une persistance de symptômes dépressifs, de troubles de stress post-traumatiques ou d’instabilité psychologique dans une proportion de l’ordre de 20 % environ un an après la perte (Hughes, Turton, Hopper et al., 2002 ; Kersting, Kroker, Steinhard et al., 2007 ; Korenromp, Page-Christiaens, Van den Bout et al., 2007, 2009).

La plupart de ces résultats suggèrent que la majorité des parents sont affectés de manière significative par une perte périnatale au cours d’une période limitée dans le temps mais qu’une partie d’entre eux présentent des symptômes psychiatriques persistants même plusieurs années après cet événement.

Nous avons vu un de ces points dans le chapitre 3 : la dépression du post-partum.

5^{ème} temps : La nouvelle grossesse

On retrouve de l’ambivalence dans le discours des femmes après un deuil périnatal. Une envie d’une autre grossesse rapidement et la peur qui bloque la démarche. Un consensus entre différents auteurs notent l’importance du « temps d’élaboration du désir d’un nouvel enfant différent est nécessaire » David, D., Tournaire, M., & Soulé, M.¹⁶⁶ Lewis,¹⁶⁷ (1979), lui soutenait qu’une grossesse trop rapprochée pouvait engendrer des conduites d’idéalisations ou de rejet du prochain enfant.

¹⁶⁴ Sirol, F. « La haine pour le fœtus », In La décision en médecine », Paris, 2002, p 71 à 90 cité in Cairn deuil périnatal paternel)

¹⁶⁵ Armstrong D.S. « Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. », Adv Neonatal Care, 2007, Aug 7(4), p200-206 cité dans le Mémoire de Samoel « effets du franchissements des étapes de confrontation à la réalité du décès d’un bébé en période périnatale sur le processus du deuil parental », 2013.

¹⁶⁶ David, D., Tournaire, M., & Soulé, M.

¹⁶⁷ Lewis, S., McGillivray, G., Rowlands, S., Haliday, J., Perinatal outcomes following suspected fetal abnormality when managed through a fetal management unit. Prenat Diagn. 2010, p149-55.

Cependant, dans ma clinique je remarque que les couples qui se lancent sans trop attendre dans une nouvelle grossesse auront plus d'aisance à rebondir et digérer le deuil de l'enfant passé, à la nuance près qu'ils peuvent en parler à un professionnel. Je corrobore avec l'idée de certains auteurs tel que Lebovici qui avaient noté les aspects réorganisateurs de la nouvelle grossesse « la grossesse apporte un espoir et lutte contre l'immobilisme psychique ».

Certaines études notent que suite à une perte périnatale, environ 80% des parents ont un autre enfant dans les 18 mois. La grossesse suivante est particulièrement stressante, elle peut réactiver les vécus de la grossesse précédente (Bennett, Litz, Lee et al., 2005)¹⁶⁸, et générer une anxiété significative (Badenhorst et Hughes, 2007)¹⁶⁹. Les femmes peuvent exprimer des émotions plus mesurées durant la grossesse, de l'anxiété, avoir un sens accru de la sécurité par rapport à la grossesse et au bébé, celle-ci étant cependant facilement ébranlée (Côté-Arsenault et Donato, 2007)¹⁷⁰.

Comme spécifié plus haut, le fait de concevoir à nouveau un enfant, et sa naissance en bonne santé permettait d'amoindrir le deuil. Armstrong (2007)¹⁷¹ apporte une nuance en évaluant les mères et les pères. S' ils trouvent une diminution significative du stress lié à la précédente grossesse chez les deux parents après la naissance d'un enfant en bonne santé, les symptômes dépressifs ne diminuent que chez les pères, une partie des mères présentant un haut risque de dépression, confirmant ainsi les résultats de leur étude de 2004 révélant un stress parental accru durant la grossesse suivante et une détresse psychologique persistante surtout chez les mères. Ainsi la dépression et l'anxiété associée à une perte antérieure suivraient un schéma persistant au delà de la naissance d'un enfant en bonne santé (Blackmore, Côté-Arsenault, et al., 2011)¹⁷².

La grossesse suivant la perte périnatale, génère du stress, de l'anxiété, de la dépression, les parents sont souvent très mesurés dans l'expression de leurs ressentis, tardent à se lancer dans les préparatifs, vivent chaque étape avec prudence, suivent pas à pas le déroulement de cette grossesse. La naissance de l'enfant vient les rassurer mais comme le montrent les études ci-dessus, l'impact peut perdurer au-delà de la naissance surtout chez les mères.

Je me joins à l'idée de Marie-José Soubieux (2008) quant à l'idée que la réactivation du deuil n'est pas systématiquement problématique.

Il est vrai qu'une grossesse après un décès périnatal sera vécue différemment avec plus d'anxiété, de tristesse, d'angoisses et voir de sentiments dépressifs. Il y a souvent cette peur de ne pas être à la

¹⁶⁸ Bennett S.M., Litz B.T., Lee B.S., Maguen S. « The scope and impact of perinatal loss :current status and future directions », *Professionnal Psychology : Research and practice*, 2005, vol. 36, N°2, p180-187.

¹⁶⁹ Badenhorst W., Hughes P. « Psychological aspects of perinatal loss », *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2007, Apr 21(2), p249-259.

¹⁷⁰ Côté-Arsenault D., Donato K.L. « Restrained expectations in late pregnancy following loss », *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nursery*, 2007, Nov-Dec 36(6), p550-557.

¹⁷¹ Armstrong D.S. « Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. », *Adv Neonatal Care*, 2007, Aug 7(4), p200-206.

¹⁷² Côté-Arsenault D., Mahlangu N. « Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences », *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nursery*, 1999, May-Jun 28(3), p274-282.

hauteur, que cela ne marche pas, de décevoir les gens proches, mais la nouvelle grossesse reprojette le couple et lui permet de remettre du futur.

IMG - L'interruption médicale de grossesse

Dire adieu à quelqu'un que l'on a pas connu (Antoine, 2007).

« l'IMG peut provoquer un véritable traumatisme puissant chez la femme. Cet état de stress post-traumatique est le même que celui des individus ayant subi des guerres, des prises d'otages, des explosions. Une femme qui perd son enfant n'a pas le même impact social qu'un colis piégé dans le métro ! on a même tendance à ne pas trop en parler, à étouffer l'histoire, ou bien à la banaliser pour s'en protéger » (Antoine, 2007).

Définition légale

Le terme d'« interruption médicale de grossesse » désigne imparfaitement un acte que la loi nomme en réalité « interruption volontaire de grossesse pour motif médical » et non plus pour motif thérapeutique (modification du journal officiel du 07/07/2001). Elle peut être pratiquée à toute époque de la grossesse et jusqu'à son terme, si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire (le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal) attestent, soit que « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme », soit qu'il « existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic » (article L2213-1).

Les indications foetales à une indication d'IMG sont souvent tardives (troisième trimestre de grossesse). La femme est seule face à cette décision. La loi lui donne l'entière responsabilité sur son fœtus in utero, le futur père n'a qu'un avis consultatif. La future mère est mise dans cette position dès le début de la prise en charge. L'ensemble des examens, souvent invasifs, et qui ont pour but de vérifier l'intégrité physique de cet enfant et de déterminer si une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) devra être réalisée, se réalisent « à la demande de la mère ». En autorisant ces examens, la femme accepte implicitement que « si on trouve quelque chose, elle pourra faire une IMG ».

La mort périnatale suite à une IMG est une mort, dont la reconnaissance légale est complexe (pas de livret de famille avant 2007).

Legros (op.cit.) indique que « c'est le geste d'interruption de grossesse, c'est à dire le geste foeticide qui – faisant mourir le fœtus – lui confère un non statut (...) Faire quelque chose d'accepter (...) par la loi c'est pouvoir l'accepter soi-même, car on ne peut pas réfléchir quelque chose que l'on a fait dans la clandestinité » La loi devrait dire simplement que « quel que soit son état à la naissance, cet enfant a été le leur, quand bien même la mort a été son sort. Quand bien même le choix de la vie n'a pas été possible-ce dont personne, personne, n'a le droit bien sûr ni juger ni prétendre savoir pour l'autre ».

Il précise « C'est quoi l'interruption de grossesse ? Comme son nom ne l'indique pas, c'est quoi l'interruption d'un projet ou la mort annoncée d'un désir de toujours ou de toute une vie de femme

ou d'homme ? » L'IMG, que le corps médical nomme geste foeticide, (Engelmann, 2002)¹⁷³ concerne aussi bien des enfants qui vont vivre (mais gravement handicapés) que des enfants qui vont mourir (des bébés qu'on sait non viables). Cette administration de la mort est effectuée pour prévenir le risque de voir naître un enfant vivant qui ne peut être légalement euthanasié « dans les IMG du 3ème trimestre on peut craindre que ces enfants plus âgés et plus résistants ne naissent vivants il est donc obligatoire de procéder avant la naissance à un geste une fois l'enfant né, sa vie est absolument protégée par la loi (contrairement au fœtus qui « n'a pas le statut d'être vivant » aux yeux de la loi), y mettre un terme est un crime (infanticide).

Le fœtus étant capable de ressentir la douleur dès 26 semaines, l'expulsion du fœtus mort est ensuite provoquée par la combinaison de mifépristone et de prostaglandines et a lieu en salle d'accouchement. Le devenir du corps mort fait l'objet de discussions avec les parents, les dispositions juridiques ont été modifiées à plusieurs reprises ces dernières années, et vont dans le sens d'une reconnaissance des enfants morts-nés, ou nés vivants mais non viables (WEBER, J.C et AL., 2009)¹⁷⁴.

Cette reconnaissance semble très importante pour cette situation douloureuse. En effet, comme le souligne Antoine (2007) « il est impossible psychologiquement de faire le deuil de l'inconnu. Comment faire quand il y a mort in utero ? Ces bébés ont besoin de naître socialement et d'être inscrits quelque part dans la lignée familiale pour montrer qu'ils ont été désirés même s'ils n'ont pas survécu ».

Faire le deuil d'une partie de soi est difficile : Legros, 2001 (op.cit.) « la douleur de cette perte pourrait s'apparenter à la douleur fantôme qui suit parfois une amputation. C'est quoi cette douleur d'un membre qui n'est plus, comme l'élimination impossible d'une pathologie inaccessible aux soins »

Les différents témoignages ont soulevé le caractère particulièrement perturbant, douloureux, traumatique d'un arrêt de grossesse suite à la détection d'une anomalie fœtale.

Trois études importantes¹⁷⁵ les repèrent Korenromp, Page-Christiaens, Van den Bout et al. (2005, 2007, 2009) en évaluant la détresse psychologique des parents suite à une IMG.¹⁷⁶

Les résultats soulignent qu'en majorité les parents s'adaptent à la perte mais il reste 28% des femmes et 16% des hommes qui montrent des symptômes dépressifs persistants, et 44% pour les femmes et 22% pour les hommes qui vivent du stress post traumatique quatre mois après la perte.

L'étude de 2009 révèle que ces taux tombent à 20,5% (dépression) et 13% (stress post-traumatique) pour les femmes 16 mois après la perte. Ainsi, après un an, encore 20% des femmes continuent

¹⁷³ Engelmann, P. « Les interruptions médicales de grossesse, Evolutions législatives témoignage et questions » in Laennec, Tome 50, Paris, 2002, p 16 à 26.

¹⁷⁴ Weber, J.-C., Allamel-Raffin C., Rusterholz, T., Pons, I., Gobatto, I. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. In: Sciences sociales et santé. Volume 26, n°1, 2008. p. 93-120.

¹⁷⁵ cité dans le mémoire de Samoel

¹⁷⁶ L'ajustement psychologique à la perte a été mesuré à l'aide des outils suivants : Inventory of Complicated Grief (ICG), Impact of Event Scale (IES), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Symptom Checklist-90 (SCL-90).

d'avoir des séquelles psychologiques. Cela confirme les résultats précédents de White-van Mourik, Connor, Ferguson-Smith (1992) selon lesquels, 2 ans après la perte, 20% des femmes (n=84) continuaient de se plaindre d'accès de larmes, de tristesse et d'irritabilité, et de Hunfeld, Wladimiroff et Passchier (1997) trouvant 45% d'instabilité psychologique sévère après la perte, diminuant à 22% à 3 mois (n=46). Quatre ans plus tard, 11 des patientes restantes montraient encore des symptômes de dépression et de désespoir (évalués à l'aide de la Perinatal Grief Scale). De la même manière, Kersting, Kroker et Steinhard (2007) étudient 62 femmes ayant subi une IMG en les comparant à un groupe de contrôle (n=65). Quatorze mois après la perte, 14% remplissent tous les critères du deuil compliqué, 17% présentent des troubles psychiatriques (selon le DSM IV) et 25% sont significativement affectés par la perte traumatique.

Si les parents sont profondément affectés psychologiquement par une telle procédure, moins de 3% d'entre eux regrettent leur décision (Korenromp, Page-Christiaens, Van den Bout et al., 2007, 2009).

Le fonctionnement psychique dans ce contexte particulier

Dans son article Diane de Wailly (2014 p 49) soulignait que : « le fœtus investi narcissiquement par la mère fait l'objet d'amour et de haine. Au-delà et dans la lignée de Freud « la haine est plus ancienne que l'amour et réside au fond de toutes les relations d'affection et d'amour entre les êtres humains. ». Cette ambivalence va surgir avec une violence inouïe et faire collusion avec la réalité de la possibilité d'infanticide créé par l'IMG, lors du diagnostic anténatal.

« Lorsqu'une anomalie est suspectée et qu'une interruption de grossesse est évoquée, vont se côtoyer dans l'inconscient maternel et paternel des mouvements destructeurs à l'égard d'un objet non-moi avec un investissement positif d'un bébé créé. Le risque d'évolution pathogène par destruction est à craindre, augmenté de celui d'un deuil pathologique si un minimum de temporalité psychique n'est pas respecté pour permettre une liaison entre les pulsions destructrices et les pulsions libidinales ainsi qu'une symbolisation créatrice ». D'où l'importance de ce temps psychique qui évitera le deuil pathologique. Diane de Wailly (2014) remarque un mouvement en 2 étapes psychiques. La première suite à l'annonce du problème, les femmes vont avoir tendance à cliver la représentation d'un fœtus malade, monstrueux à enlever d'urgence avec le bébé rêvé, parfait, en bonne santé. Une temporalité et un « nouvel espace psychique » est nécessaire afin que la mère puisse réaliser une nouvelle représentation « une figure de bébé chargée d'ambivalence par la création d'un compromis entre le bébé idéalisé que porte toute femme enceinte et le fœtus malade de la réalité extérieure. Alors seulement le deuil sera possible : ayant survécu à l'amour maternel comme à la destruction imaginaire, ce nouvel objet créé sera fondateur d'une possibilité de deuil ». Cependant cette période vécue interminable pour les parents où la décision d'interrompre la grossesse peut être vécue comme une mise en acte, une urgence.

Aubert Godart (2008) parle de « traumatisme dont un sujet est porteur est contagieux du fait qu'il pousse à l'extériorisation et à la répétition ». Ce fait peut amener l'équipe soignante à entrer également dans cette urgence. Nous savons à quel point les services en Maternité vivent au rythme des naissances et des décès, influençant de façon réflexive les émotions, les peurs, les urgences, les

joies, les lassitudes des patients. « Ces situations complexes et douloureuses provoquent chez les équipes un sentiment d'impuissance » (Byrne et al, 2002)¹⁷⁷.

L'importance de l'accompagnement dans l'IMG

Gorincour et al (2011)¹⁷⁸ montre dans son étude que 75% des médecins estiment que leur influence et attitude globale face à la situation aura un poids très importante dans la prise de décision de la femme, et Arnould (2015)¹⁷⁹ va plus loin en notant les différences probantes dans les discours face à la situation d'IMG entre patient et soignant suivant leur obédience. Les résultats montrent que : « l'information que le médecin apporte à la patiente est influencée par son système de croyance, sa pratique et son expérience ».

Dans le cadre d'une pathologie létale, l'obstétricien pense soulager la souffrance des parents en proposant un terme à la grossesse. Le pédiatre quant à lui aide les parents à objectiver ce fœtus porteur d'anomalie et peut les accompagner à rencontrer cet enfant qui va mourir. Les soignants ne sont jamais préparés à cette souffrance, et ce malgré leur expérience médicale du décès néonatal.

« Les représentations des médecins ont un impact sur leur comportement et la relation qu'ils ont avec leur patient. Dans ce type de relation, deux types de savoir se croisent, le savoir du patient « profane » et le savoir médical « scientifique ». Il semblerait que les difficultés rencontrées entre le médecin et le patient soient étroitement associées à des attitudes différentes (Miller et al, 2008).

Weber et al (2008)¹⁸⁰ dans son étude sur les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical, étudie trois registres d'incertitude impliqués dans la décision, la légitimité de l'IMG, le doute lié au conflit entre pratique médicale et pratique sociale et enfin la décision que les médecins doivent assumer.

Les facteurs qui influencent la demande d'IMG ou d'accompagnement sont nombreux, ils dépendent de la nature de la pathologie, du type d'accompagnement thérapeutique possible, du terme de grossesse, du désir des parents.

Aller jusqu'au bout, le refus de l'IMG

Comme déjà souligné, les Interruptions médicales de grossesses indiquées pour pathologie létale représentent la majorité des IMG. Mais certains couples aujourd'hui préfèrent aller jusqu'au bout de leur grossesse afin d'accompagner le décès de leur enfant en salle de naissance. La pathologie létale est définie à partir du moment où le risque de décès néonatal et infantile était de 90%.

¹⁷⁷ Byrne, A., Ellershaw, J., Holcombe, C., & Salmon, P. Patients' experience of cancer: evidence of the role of "fighting" in collusive clinical communication. Patient Education and Counseling, 2002, Vol 48, p1-21

¹⁷⁸ Gorincour, G., Tassy, S., Payot, A., Philip, N., Malzac, P., Harlé, J.-R., Mattei, J.-F., Le Coz, P. Décision d'interruption médicale de grossesse : le point de vue des soignants français. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2011, Volume 39, p 198-204.

¹⁷⁹ Arnould, M., « Impact des représentations du décès néonatal des médecins sur la prise en charge des patientes dans le cadre d'une pathologie létale, Mémoire de M1, sous la direction de Mme Antoine, Université Paris8 2015.

¹⁸⁰ Weber, J.-C., Allamel-Raffin C., Rusterholz, T., Pons, I., Gobatto, I. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. In: Sciences sociales et santé. Volume 26, n°1, 2008. p. 93-120.

Des études montrent que pour les pathologies létales les médecins accèdent à la demande d'IMG plus facilement que pour une pathologie non létale. Dans la littérature, le nombre d'IMG pour pathologie létale est élevé. Il semblerait que la gravité de la pathologie soit corrélée à la décision d'IMG. Pour Raush et al (2005)¹⁸¹ Les pathologies létales sont facteurs de décisions d'IMG pour les grossesses entre 15 et 24 semaines. Les pathologies létales favorisent plus l'IMG que les anomalies non létales (Lewis et al, 2010)¹⁸².

Sloan (2008)¹⁸³ dans son étude montre que les médecins doivent avant tout accompagner les patientes dans le respect de leur choix tout en étant toujours conscient de leurs propres motivations.

En effet, le choix d'IMG ou de poursuite de la grossesse peut empêcher ou au contraire favoriser le processus de deuil. L'IMG est demandée par les parents après réflexion avec les équipes. Il y a une alternative à l'IMG, l'accompagnement du décès du nouveau-né en salle de naissance. Cette alternative semble animer le débat selon Bydlowski (2011)¹⁸⁴

Certains couples demandent un accompagnement du décès du futur enfant tout en continuant la grossesse. Ces demandes sont de plus en plus fréquentes (Alvarez et al, 2008)¹⁸⁵. C'est une préparation psychique du deuil, cela permet d'inscrire les enfants dans le deuil à venir (Breeze, 2006)¹⁸⁶. Cette pratique semble logique pour certains si l'on connaît les caractéristiques du traumatisme dont une situation qui surgit dans le non sens. le fait de vouloir continuer la grossesse permet à la femme de se préparer psychiquement à la séparation d'avec le bébé du dedans, réel, elle contrôle finalement l'incontrôlable.

En résumé

Les représentations et les pratiques porteuses de sens et de réalité objective autour du décès néonatal, guident le comportement et la relation des médecins avec leurs patients. Une meilleure compréhension permet l'ajustement entre les pratiques et l'expérience des femmes et offre un sens nouveau dans ce domaine.

IVG - L' interruption volontaire de grossesse

En France, l'avortement volontaire a été temporairement dépénalisé par la loi de 1975 grâce à la loi de Simone Veil puis définitivement légalisé en 1980. La loi oblige à remplir un bulletin anonyme

¹⁸¹ Rauch, E.R., Smulian, J.C., Deprince, K., Ananth, C.V., Marcella, S.W., Pregnancy Interruption after second trimester diagnosis of fetal structural anomalies. The new Jersey Fetal Abnormalities Registry. AJOG 2005 193, p1492-1497.

¹⁸² Lewis, S., McGillivray, G., Rowlands, S., Haliday, J., Perinatal outcomes following suspected fetal abnormality when managed through a fetal management unit. Prenat Diagn. 2010, p149-55.

¹⁸³ Sloan, EP., Kirsh, S., Mowbray, M. Viewing the Fetus Following Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. Obstetric and neonatal nurses. AWHONN. 2008.

¹⁸⁴ Bydlowski Monique, « Le deuil infini des maternités sans objet », Topique 3/2011 (n° 116), p. 7-16

¹⁸⁵ Alvarez, L., Parat S., Yamgnane, A., Golse, B., Beauquier-Maccotta, B., Oucherif, S. La naissance d'un enfant porteur de pathologie foetale sévère : réflexions cliniques et éthique périnatale, La psychiatrie de l'enfant 2/2008 (Vol. 51), p. 457-479

¹⁸⁶ Breeze, A.C., Lees, C.C., Kumar, A., Missfelder-Lobos, H., Murdoch E.M., Palliative Care For Prenatally Diagnosed lethal fetal abnormality. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 Jan; 92 p48-56

pour chaque avortement, consignait certaines caractéristiques de la femme ayant avorté ainsi que des informations médicales sur l'avortement lui-même. Le 20 décembre 1982 la loi Roudy autorise le remboursement de l'avortement par l'Etat. En 1988, autorisation de mise sur le marché du RU 486 permettant l'avortement médicamenteux. Le 27 janvier 1993, la loi Neiertz vise à sanctionner les personnes qui perturbent le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Plusieurs amendements de cette loi ont eu lieu, le plus récent en 2001. La loi de 2001 a étendu le délai de réalisation de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA), soit 12 semaines de grossesse. La loi limite le cadre des IVG aux «situations de détresse », mais laisse la femme seule juge de sa situation. L'IVG doit être pratiquée par un médecin dans un établissement agréé, après deux consultations médicales espacées d'un délai de réflexion d'une semaine. Le médecin peut réduire le délai de réflexion à 48h lorsque le délai légal risque d'être dépassé. La femme doit confirmer par écrit, après le délai de réflexion, sa demande d'IVG.

Une IVG médicamenteuse à domicile est désormais possible jusqu'à 9 semaines après la date des dernières règles. C'est ce que précise un arrêté paru au Journal officiel le 15 avril 2020. (Dû à l'épidémie du covid 19).

« L'IVG n'est pas un acte anodin. Il s'agit presque toujours d'une décision douloureuse, et ce d'autant que la contraception et l'avortement ont été légalisés, renvoyant les femmes à des problématiques plus complexes quant à leur décision. » (Antoine, 2007).

« la maternité trouve son origine dans des ramifications plus complexes que le simple désir d'enfant. La maîtrise de sa fécondité, que la femme a vaillamment conquise, est parfois « trahie » par l'arrivée d'une grossesse qui intervient à son insu, à partir d'un désir inconscient dont elle ne pourra pas toujours assumer la conséquence » (Antoine, 2007).

Concernant l'acte en lui-même de l'interruption volontaire de grossesse un certain nombre de tentatives d'explications ont été proposées. Ce qui reste étonnant est de constater que le chiffre des IVG n'a pas vraiment diminué à l'aire des diverses contraceptions, et connaissances plus précises de la sexualité. Est-ce que cette demande aurait d'autres significations possibles ?

La majorité des auteurs s'accordent pour parler de l'avortement comme un signe de l'ambivalence quant à la maternité. L'avortement viendrait s'inscrire comme une distance entre la possibilité biologique de grossesse et le désir d'enfant. Je vous propose quelques pistes de réflexion sur les possibles raisons.

L'IVG comme un « accident »

Mon expérience de clinicienne face à l'IVG, m'a interrogé très rapidement sur les motivations inconscientes qu'elle revêtait. Ces grossesses dites «accidentelles » viennent souligner l'enfant désiré ou non désiré, programmé ou non programmé. Cependant certaines femmes demandent à avorter d'un enfant programmé et d'autres sont très heureuses d'une grossesse accidentelle. On ne comprend pas toujours ce qu'il se passe dans ce moment de conception, où se mêle des éléments d'une intense profondeur mêlés d'émotions, de réactions somatiques.

Dans certains cas extrêmes, des femmes qui ont programmé un enfant, suivis même des traitements en cas de stérilité demanderont une IVG à la confirmation de leur grossesse.

Vignette clinique Mme H.

Son parcours dure plus de 2 ans afin de « tomber enceinte » comme elle le mentionne. Elle a subi de nombreux traitements hormonaux lourds, a mis sa vie sociale et professionnelle de côté pendant tout ce temps, et enfin l'annonce joyeuse de sa future grossesse la plonge dans un désespoir, une angoisse, une peur et elle demande une IVG très rapidement.

Bien évidemment, nous connaissons l'impact de l'histoire familiale dans la périnatalité. Nous ne penserons pas un IVG unique Isabelle Tamian Kunégel (2002)¹⁸⁷.

« L'avortement unique est souvent considéré comme un lapsus contraceptif » comme des IVG à répétition, tout comme un IGV qui vient après 2 enfants, etc... et de l'IVG après une agression sexuelle ! Je pense qu'il est essentiel de penser l'individu dans sa globalité dans son éco-système.

Pasini¹⁸⁸ lui nommera cela les « avortements conjoncturels » qui situent la demande dans le contexte psycho-affectif et matérielle que vit la femme et peut être considéré comme un accident de parcours.

Cependant la grossesse « accident » peut déboucher sur un double passage à l'acte celui de la grossesse et celui de l'avortement ! et l'échec contraceptif apparaît comme le fait d'un acte manqué. « cette grossesse ne s'inscrit pas comme un non sens dans le vécu de la femme » (Aussilloux et al. , 1982).

Antoine C. (2007) dira « que l'enfant peut arriver « par accident » mais aussi apparaître à la suite d'événements difficiles, de deuils ou de maladies, voire de difficultés sociales ou professionnelles. La femme n'aurait-elle pas alors besoin d'éprouver une forte pulsion de vie - dont la grossesse serait la manifestation évidente - l'enfant s'inscrivant alors comme un mécanisme de défense ? »

Deutsch H. (1973)¹⁸⁹ soulignait que l'avortement provoqué est souvent vécu comme le débarras d'un mauvais objet. La femme porte en elle quelque chose qu'elle vit comme un mal et souvent son potentiel d'angoisse est énorme « Elles voient dans la grossesse un résultat accidentel de l'acte sexuel qui est une action non désirée et approuvée car le Moi et dans le fœtus une excroissance gênante qui doit être enlevée ».

Vignette clinique Mme R

Mme R. demande une consultation en urgence, elle est enceinte de 6 S et l'idée qu'il y est cet embryon à l'intérieur d'elle, l'angoisse au plus haut point. En consultation elle est agitée, elle me parle de ce truc qu'elle a en elle dont elle ne souhaite pas, elle est en colère voir en rage contre le compagnon qu'il lui a fait ça ! « j'en veux pas de ce truc ! » Elle ne peut pas plus élaborer, ne rien en dire juste elle nomme « ça » , sans nom ce qui est en son ventre, Dolto (1982) dirait « ce futur qu'elle porte comme une tumeur ».

¹⁸⁷ Kunégel, T. « L'avortement et le lien maternel », Ed chronique sociale, 2002 p 36.

¹⁸⁸ Pasini, W. « L'adolescente enceinte ». Genève: Médecine et Hygiène, 1993, p 135.

¹⁸⁹ Deutsch H., Autobiographie, Mercure de France, « Mille et une femme », 1986 pour la traduction française, p160-163 (la Version américaine date de 1973).

Elle vit « cette folie maternelle passagère » (Winnicott) qui se présente à la femme dès qu'elle est enceinte et se poursuit bien au-delà de l'accouchement. Effectivement c'est une forme de folie où les pensées et les comportements de la femme deviennent incompréhensibles parfois.

Elle revient en consultation après l'IVG, et là Mme R. est tout à fait rétablie, elle équilibre bien ses pensées autour de ce qu'il s'est passé, en parle avec de l'émotion mais très rapidement me dit « finalement c'est un mal pour un bien, je sais que je peux faire des enfants je n'en étais pas sûre car dans ma famille les femmes ont eu beaucoup de difficultés avec la maternité ! ».

Elle ne nomma jamais le fœtus et il resta comme du réel anatomique à expulser ! mais il y avait ici pour Mme R le besoin inconscient de vérifier sa maternité. Ce début de grossesse portait l'angoisse matrilinéaire, la malédiction familiale, de ne pas avoir d'enfant ou avec de grandes difficultés.

L'IVG comme passage à l'acte

Nous savons que le recours à l'agir vient manifester par le corps, ce qui ne peut s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi la décision de l'IVG faite brutalement, rapidement viendrait court-circuiter au détriment des processus de représentation mentale, de la fantasmatisation et des affects.

Dès 1978, Maruani parlait « d'une grossesse désavouée peut être qualifiée d'acte manqué, avec le schéma classique d'un désir refoulé puis d'un conflit avec la réalité (ressources insuffisantes, divorce, études ...) »

Le surgissement de l'acting out pourrait être la marque de l'émergence du refoulé et le désir ne pourrait pas être accepté par le moi et entraînerait une sorte de retour en arrière, de punition de la réalisation du désir de grossesse, par le biais de l'IVG.

L'IVG serait alors, dans certains cas, un acting-out ou même parfois un passage à l'acte.

L'IVG comme un refus de la dette de vie

Bydlowski (1997)¹⁹⁰ a beaucoup apporté dans la réflexion autour de la compréhension de la grossesse et des actes s'y référant. Elle insiste très pertinemment sur le fait qu'il existerait une dette de vie entre la mère et son enfant, et encore plus importante avec sa fille. C'est une forme d'exigence qui demande de transmettre ce qui nous a été donné c'est à dire la vie. Donner la vie impliquerait forcément une réconciliation avec sa mère que ce soit physique ou symbolique, et dans ce contexte l'avortement viendrait souligner cette impossibilité, et donc un refus de cette dette.

«L'avortement a souvent ce sens de tuer la mère à l'intérieur de soi. Inscrites dans une haine maternelle déclarée, certaines femmes préfèrent plutôt avorter, voire se mutiler, que laisser s'installer à l'égard de leur mère une dette qu'il faudrait reconnaître... ou bien s'agirait-il de reconnaître que le premier enfant, c'est de sa mère qu'on l'a désiré ?».

Désir de grossesse mais refus d'enfant

Pour Soulé, le fantasme le plus profond n'est pas vraiment le désir d'enfant mais la capacité à pouvoir en faire un. Donc le désir de grossesse n'est pas synonyme du désir d'enfant et certaines

¹⁹⁰ Bydlowski, M. . La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : Presses Universitaires de France., 1997, p 79.

femmes ont envi d'être enceintes tout simplement mais sans désirer l'enfant. Etre enceinte et avoir cette capacité à féconder. Elles veulent avant tout se rassurer sur leur fécondité, si importante dans la société, et de pouvoir lorsqu'elles le souhaiteront faire un enfant.

Elle suit parfois un schéma traditionnel : on ne peut pas se sentir une vraie femme si l'on n'est pas mère !

« Le désir d'enfant touche le domaine pulsionnel et se positionne avant tout dans le domaine de l'inconscient. Alors que le désir de grossesse se référerait au domaine de la créativité, du narcissisme (intégrité corporelle), et se révèle à travers les actes manqués agissant comme symptôme de l'ambivalence du désir d'enfant et conduisant très souvent à l'IVG »(Tamian-Kunégel, 2002)¹⁹¹. Nous faisons suite ici à l'IGV comme « accident ».

Nous pourrions citer ici Puissant-Paganon (2004)¹⁹² qui développe un point de vue différent en expliquant qu'elle reçoit fréquemment en entretien pré-IVG des jeunes femmes qui font une demande d'IVG peu de temps après la naissance d'un enfant, neuf mois ou un an après la naissance. Ces femmes viennent souvent à l'entretien avec leur enfant et leur discours pendant l'entretien se centre sur cet enfant.

Puissant-Paganon donne l'exemple d'une patiente, qui lui dit : « Je suis tombée enceinte. J'ai un enfant de huit mois. Je ne veux pas le garder. Je suis dans une situation précaire. » (Puissant-Paganon, op.cit p 124) Pour Puissant-Paganon, l'équivoque de cette énonciation laisse entendre que si, consciemment, elle demande une IVG pour la grossesse en cours, inconsciemment, c'est de l'enfant qui est déjà né dont elle parle. Une demande d'IVG pourrait donc masquer une difficulté au sujet de cet enfant.

Nous retenons de ces travaux qu'un oubli de contraception peut parfois être considéré comme un acte manqué et certaines IVG comme des passages à l'acte. Si l'IVG a surtout été interprétée dans le cadre de la relation de la femme avec sa mère, Puissant-Paganon souligne un lien possible avec un enfant déjà né. Il y aurait régulièrement le thème du double qui surgirait: l'enfant serait un double de la mère, l'embryon pourrait être un double d'un enfant précédent dichotomie entre l'enfant réel et enfant imaginaire.

Conclusion

Nous avons vu avec tous ces éléments, recherches, théories que le décès d'un enfant qu'il soit «souhaité » avec « l'IVG » ou subi avec l'IMG, il ne laissera pas les parents indemnes. Certains rebondiront plus rapidement que d'autres et c'est pour cela que la prise en compte des perturbations et l'accompagnement des parents est primordial.

Pour aller plus loin

Un livre Que je-sais sur L'IVG 2012

¹⁹¹ Kunégel, T. « L'avortement et le lien maternel », Ed chronique sociale, 2002 p 36.

¹⁹² Puissant-Paganon, N. « Le temps pour parler : fonction de l'entretien psychologique », in PONS JC, VENDITTELLI F., LACHCAR P., L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention, 2004, Masson, Paris, p.123-129

https://www-cairn-info.faraway.parisnante.fr/vign_rev/QSJ/PUF_NISAN_2012_01_L204.jpg

Chapitre 5 - Les ressources parentales

La mise en place de la parentalité

La parentalité a beaucoup évolué depuis les 50 dernières années, dûs à toutes les modifications de la structure familiale (père biologique et beau père, père et belle mère, mère porteuse, familles recomposées, famille monoparentale, PMA, couples homosexuels...), et aux différentes ruptures qui remodelent la structure familiale.

Le terme de parentalité englobe toutes ces nouvelles configurations familiales ainsi que toutes les problématiques rencontrées. On retrouve une terminologie plus large avec la co-parentalité, et bien d'autres. Martial, A., (2013) souligne que «ces itinéraires familiaux contemporains, finalement soulignent la primauté de la position maternelle. Le père se retrouve dans une position de « parent en moins » par rapport au beau père par exemple qui deviendrait le parent en « plus », et l'enfant devra s'équilibrer dans toutes ces interactions.

Le professionnel va distinguer plusieurs fonctions dans le statut parental et concevoir différemment les liens de filiation (Albernhe, K., Albernhe, T. 2000). Une fonction purement biologique, procréation : Père géniteur et mère génitrice. Une fonction éducative : assumer l'enfant au quotidien. Et une fonction symbolique : liée à la représentation qu'a l'enfant de ses parents.

Nous avons déjà mentionné au chapitre 1, Racamier (1961) sur le concept de Maternalité. Il parle cette fois-ci de la « parentalité » comme d'une notion qui s'inscrit dans une temporalité. Elle débute avant la conception de l'enfant. Stoléru (2000) ajoutera qu'elle représente « l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec l'enfant que celui-ci soit à l'état de projet, attendu pendant la grossesse, ou déjà né »

Il y a une crise structurante, une transformation psychique profonde, la parentalité est bien autre chose que la parentalité biologique : pour devenir parent il serait presque nécessaire d'avoir travailler sur soi, car on hérite de notre lignée des éléments dont on ne se doute pas forcément et dont il faut comprendre et intégrer.

Missonnier, S., (2015) parlera « d'une nouvelle géographie familiale, reconfiguration d'un miroir familial, rééquilibrage de l'économie psychosomatique, des processus psychiques puissants traversent les individus, réinterrogeant les liens intersubjectifs, ravivent ou annulent certains conflits psychiques. »

Devenir Parent

La parentalité désigne de façon très large la fonction « d'être parent ». Dans cette expression, le terme « parent » désigne non seulement les géniteurs biologiques, mais de façon plus large tout adulte ayant la responsabilité d'élever un enfant.

L'accession au statut de parent est une étape qui déstabilise un couple surtout à la première naissance. Les couples peuvent se préparer et pourtant les réactions les dépassent parfois. L'enfant à venir peut provoquer des dilemmes, car différentes étapes vont construire l'accès à la parentalité.

Il y a tout d'abord une prise d'autonomie du jeune couple par rapport à leur propre famille, et par conséquent un changement de statut. Ils deviennent parents et ne sont plus considérés comme des grands enfants de la famille. D'autre part, la venue de l'enfant les plonge dans la totalité du réseau familial et de nouveaux liens se forment et les anciens changent de nature, le couple doit assumer ces modifications.

L'enfant sera une réalité pour la femme beaucoup plus tôt que l'homme, même si les efforts de nombreux pères soucieux de tout partager sont engagés. Le fait de porter le bébé en son corps donnera un avantage à la femme. Minuchin (1974) décrivait « l'enfant est une réalité pour la femme beaucoup plus tôt que pour l'homme. Il commence à se sentir un père seulement à la naissance, et parfois même plus tard que cela. L'homme peut rester non impliqué alors que la femme est déjà en train de s'adapter à un niveau d'évolution de la famille ».

Nagy pourrait souligner que l'accession au statut de parent dépend en grande partie de la façon dont les parents eux-mêmes avaient réglé leurs comptes. Pour lui tout était en lien avec les relations chargées de loyautés invisibles entre les parents et leurs propres parents.

La théorie systémique nous a appris que la famille était considérée comme un tout, et que ses membres s'influencent réciproquement et mutuellement. (Bateson, 1972). Cela signifie que l'évaluation habituelle de la dyade mère enfant et père enfant n'est pas juste car elle ne prend pas en compte toutes les interactions existantes.

A la base de la famille il y a le couple, avec leur désir de fonder une famille. La naissance de l'enfant implique de nombreux remaniements pour le couple et ce passage entre ces deux états ne va pas de soi, il y a des influences réciproques entre les sous systèmes conjugaux, co-parentaux et parentaux.

La manière dont un couple accueille un enfant est directement liée à l'histoire que chacun d'eux a vécu en tant qu'enfant (Antoine, 2007, p52). L'enfant va modifier non seulement le couple l'ayant engendré mais les parents de ce couple qui à leur tour deviennent grands-parents. Il peut y avoir une position d'inclus ou d'exclus des (devenant grand-) parents dans cette répartition. Certains seront informés de la grossesse et les tenus à distance de l'annonce de la grossesse. Ces décisions soulignent qualitativement la place de chacun et surtout l'imagos parentale et l'inertie des enjeux générationnels. « La relation de la devenante mère avec la devenante grand-mère est unanimement soulignée par de nombreux auteurs comme psychologiquement axiale. Plus précisément c'est sous la forme spécifique de l'empreinte inconsciente de la mère archaïque que la grand-mère maternelle surdétermine le champ des possibles (la virtualité) de la maternalité et de l'histoire naissante avec l'enfant du dedans » (Missonnier, 2004, p132).

Là où la psychanalyse questionne le passé, la systémie interroge le présent, l'ici et le maintenant. L'approche systémique permet une évaluation globale du fonctionnement de la famille, en regardant sa cohésion, le degré d'autonomie de ses membres, les règles, les rôles, le climat, les interactions. L'analyse systémique permet de situer le problème, de travailler sur les interactions entre le patient « désigné » et ses interactions avec l'environnement, et se trouve très pertinente dans la réflexion de la famille naissante.

Au-delà des phénomènes transgénérationnels et intergénérationnels, c'est l'attachement qui sous-tend avant tout la parentalité. Le bébé comprend si l'adulte est fiable et se construit son modèle interne à partir de celui-ci. C'est de là que les interactions précoces entre la mère et le nourrisson influencent grandement les comportements d'attachement à venir (Antoine, 2007, p70). La théorie avance que les modalités relationnelles que l'enfant aura envers les principales figures d'attachement sont déjà plus ou moins fixées à l'âge d'un an. La réaction de la mère dans les situations de danger ou de détresse déterminera le sentiment de sécurité de l'enfant, il se construira progressivement une image interne plus ou moins digne d'être aimé.

Favez, N ; Frascarolo, F., et Tissot, H. (2013 p 6) expliquent qu'à la naissance de l'enfant les parents auront un travail de décryptage des différents signaux de l'enfant pour être conforme à ses besoins et qu'ils interagissent avec eux dans un «un parentage intuitif». Ces auteurs poursuivent en soulignant que la psychologie s'est intéressée aux conduites qui amènent à une harmonie favorisant le développement de l'enfant, sur la relation mère-enfant et assez peu sur la relation père-enfant alors qu'aujourd'hui les expériences ont montré que les pères vivent le parentale de façon égale à la mère. Il y a assez peu d'études sur l'organisation de la famille mère-père-bébé, sur le croisement de toutes les interactions. Ces auteurs mentionnent « qu' il ne suffit pas d'additionner père-enfant mère-enfant, il y a un ensemble de processus spécifiquement triangulaires qui font du niveau familial un niveau de plein droit ».

En effet, l'enfant ne vit pas uniquement dans une relation de dyade !

Nous savons que, d'une manière générale le bébé vivra les premières années de sa vie dans des relations dyadiques ou triadiques et elles forgeront une base dans ses apprentissages cognitifs et affectifs mais comment se mettent en place ses relations triadiques père mère enfant durant cette période ?

Il est pertinent que ces chercheurs, cliniciens aient pu rassembler la réflexion autour de la naissance de l'enfant et de sa famille avec la thérapie familiale et la psychologie du développement. Tous ces éléments permettent de souligner comment les familles se créent, comment elles rebondissent sur les événements de la vie, leurs cohésions, leurs conflits, leurs ressources.

La co-parentalité

Belsky et al (1995) ont défini "le co-parentage comme l'ensemble des relations entre les parents à propos de l'enfant. Ils ont classé les interactions coparentales en trois catégories, de la plus coordonnée à la plus antagoniste : soutenant, non soutenant, et non soutenant émotionnel (...). d'autres critères ont été ajoutés par McHale (1995) comme la chaleur, la dispute verbale, la compétition et l'investissement parental dans l'interaction de l'enfant. Pour cet auteur l'ensemble des critères peuvent être conceptuellement regroupés selon trois facteurs : l'harmonie (la coopération, la chaleur entre les partenaires et la chaleur de chaque parent envers l'enfant), l'hostilité-compétitivité (la compétition, la dispute verbale) et les divergences ou écarts, c'est-à-dire les différences entre les parents quant à leur investissement auprès de leur enfant ou quant à la chaleur qu'ils lui manifestent. Dans une étude similaire, nous avons trouvé quatre facteurs : l'intégrité familiale, le conflit, l'expression d'affection et le dénigrement.».(Martial, op.cit. p 9).

« Le co-parentage dépend également de la personnalité des deux parents. Certaines caractéristiques sont des facteurs aggravants alors que d'autres sont des facteurs protecteurs. Selon Belsky et al. (1995), la présence d'anxiété chez l'un ou les deux parents est négativement corrélée à un co-parentage soutenant. L'anxiété constitue en effet un facteur péjorant le co-parentage en cas de stress, car elle conduit à l'évitement et à la critique réciproque. À l'inverse, une autre caractéristique individuelle, la capacité des pères à se laisser influencer par les mères, joue quant à elle un rôle modérateur de l'effet de débordement de la conflictualité dans la relation coparentale. En d'autres termes, le conflit conjugal ne déborde pas dans la relation coparentale lorsque le père se montre souple et d'accord de tenir compte du point de vue de la mère (Talbot & McHale, 2004). » in Frascarolo, F. et al. 2009)

Pour aller plus loin

Article à consulter « Le coparentale un concept clé pour évaluer le fonctionnement familial »
Frascarolo, F. ; Despland, J.N, Tissot, H., Favez, N.
Psychothérapies (Geneva,switzerland), 2012, Vol.32 (1), pp 15-22

L'alliance familiale

La naissance de la famille entraîne de nombreux conflits intrapsychiques et interpersonnels chez les parents. Nous avons vu en chapitre 1 les modifications auxquelles la jeune future mère était confrontée et nous avons souligné que le père pouvait vivre les mêmes préoccupations. Les parents vont devoir faire face au couple conjugal modifié et au nouveau couple parental pas encore bien adapté. Il y a une forme de crise qui peut se répercuter chez le nouveau né (Favez, N. et Frascarolo, F., 2011). Ces auteurs nomment « l'alliance familiale » cette capacité de la famille à réaliser des tâches ensemble. La famille va vivre au quotidien cette alliance, à travers les activités d'une famille, les jeux. Favez, N; et Frascarolo, F. (op.cit.) notent que cette alliance entraîne « quatre interactives » :

- la participation,
- l'organisation,
- la focalisation
- et le partage d'affects.

Ces fonctions sont imbriquées hiérarchiquement : « exclusion de l'un des partenaires (fonction de participation) rend impossible la réalisation d'une activité à trois, et lorsque tous les partenaires sont inclus, il faut de plus que des rôles différenciés soient attribués et respectés (fonction d'organisation) pour que la tâche partager un thème commun d'activité - soit réalisée (fonction de focalisation), avec la prise en compte des émotions des uns et des autres (fonction de contact affectif) ». Selon eux l'alliance familiale comprenant tous ces points permet de construire non seulement le contexte d'apprentissage social de l'enfant mais également le développement de modèles cognitifs, de relation à autrui, et une forme d'équilibre émotionnel car lorsque chaque individu de la famille se coordonne cela entraîne une fonctionnalité dans les interactions émotionnelles.

Cette alliance familiale avait été travaillée en premier lieu par Salvador Minuchin en 1975. Pour lui, "la famille est un corps, qui a une structure sous-jacente. Le groupe familial est structuré en sous-groupes définis par des relations réciproques, celles-ci étant régies par des patterns transactionnel, c'est-à-dire des séquences répétitives d'échanges verbaux et non verbaux qui jalonnent la quotidienneté"¹⁹³ (Dolle-Monglong, 1998). Il partait de l'observation que les parents travaillaient en équipe dans l'éducation des enfants.

On parle d'alliance familiale pour décrire comment parents-enfant se joignent ensemble pour réaliser les tâches qui leur incombent. Ces notions sont très proches de celle de l'alliance thérapeutique".(Fivaz-Depeursinge, 2003)¹⁹⁴.

Favez, N. et Frascarolo, F., (2011) citent une recherche sur 51 familles, testées de la grossesse à l'âge de 5 ans de l'enfant sur l'alliance familiale à travers des jeux et les interactions familiales. Les résultats ne montrent pas ce qui était attendu à savoir que si la satisfaction conjugale était de bonne qualité les relations seraient stables. En fait il y aurait d'autres éléments à prendre en compte et ils en déduisent que l'insatisfaction conjugale autour de la grossesse et la naissance serait peut être une phase obligatoire pour accueillir l'enfant. En ce qui concerne l'engagement du père, les résultats se trouvent également bouleversés par rapport à ce qui était attendu. La pensée des mères sur cet engagement des pères qui viendraient les soulager, les résultats montrant que « ce résultat est à nouveau contre-intuitif ; à l'instar de ce que nous avons vu avec la satisfaction conjugale, nous pouvons donc supposer un lien plus complexe qu'une simple association entre la satisfaction que la mère devrait retirer d'un engagement paternel élevé et des interactions familiales harmonieuses. Le concept de « garde-barrière » (gatekeeping), a été proposé il y a quelques années (Allen, Hawkins, 1999) pour rendre compte du fait que l'engagement paternel peut également être vécu par la mère comme une intrusion ou une dépossession, et dans ce cas être lié avec des difficultés de coordination dans l'interaction ».

Dans cette triade, ils soulignent par contre que les résultats restent cohérents sur l'effet de la dépression du post-partum sur le couple : plus les scores sont élevés sur l'humeur dépressive ou de dépression, moins bonnes sont les interactions dans le couple au niveau du contact affectif.

Un troisième lien l'enfant et son caractère, « nos résultats montrent qu'il n'y a pas de lien entre l'alliance familiale et le tempérament. La stabilité de l'alliance depuis la grossesse jusqu'à dix-huit mois (...) montre d'ailleurs que les échanges triadiques sont peu influencés par l'enfant lui-même, au cours des premières années de vie en tout cas ».

Cette recherche se conclut sur le fait que la « triade familiale » se crée très tôt et en fonction de tous ces éléments.

¹⁹³ Dolle-Monglong, "Introduction aux thérapies familiales, Ed ESF, 1998, p 83.

¹⁹⁴ Fivaz-Depeursinge, " l'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire", in *thérapie familiale* 2003/3 (vol.24) p 267 à 273.

La résilience familiale

Walsh (2006) a approfondi le concept de résilience individuelle pour l'amener à la résilience familiale. La résilience familiale « s'intéresse à l'objectif d'identifier et de fortifier les processus interactionnels clés qui permettent de résister et de rebondir devant les bouleversements de la vie ». Cet auteur ajoute que la résilience des familles est favorisée quand elles éprouvent le sentiment de pouvoir contrôler leur vie au lieu de se considérer comme les victimes démunies d'une société indifférente. « Que la résilience est renforcée si on acquiert de nouvelles perspectives sur un passé difficile. Il observe que la résilience familiale implique la présence d'une configuration structurale et organisationnelle d'absorption des chocs liés aux crises qui comprend :

- de la flexibilité : capacité à rebondir en se réorganisant et en étant prêt à d'autres interpellations
- des liens bien établis : soutien mutuel, respect des besoins individuels, des différences.
- et des ressources sociales et économiques : pouvoir mobiliser le réseau, recruter des personnes aidantes.

Tous ces éléments donnent à penser que les capacités résilientes intra-familiales sont favorisées par la nature ouverte du système communicationnel, c'est-à-dire que les membres de la famille sont libres de communiquer entre eux de leurs ressentis, pensées intérieures, de leurs vécus. Il y a une différenciation suffisante entre les individus pour faciliter le respect et l'écoute de chacun, tout en permettant de garder les siens propres ». (Goldbeter-Merinfeld, E. 2009).

A la suite de ces propos, nous pourrions partir sur la piste de la régulation émotionnelle en famille qui fait également partie des ressources familiales.

Pour aller plus loin

Article à lire Nathalie Duriez

“Thérapie familiale et troubles de la régulation émotionnelle, Médecine et Hygiène, 2011/1 - vol 32 p 41 à 58

“Troisième vague de thérapies systémiques: La thérapie familiale centrée sur la régulation émotionnelle”, Médecine et Hygiène, 2017/2, Vol.38 p 185 à 202.

La compétences des familles

On ne peut, en parlant de ressources familiales omettre de citer Guy Ausloos. Il a développé dans les années 90, la notion de compétences familiales, qu'il définissait ainsi « les familles ont les compétences nécessaires pour effectuer les changements dont elles ont besoin à condition qu'on leur laisse expérimenter leurs auto-solutions et qu'on active le processus qui les y autorise », cette proposition devient indissociable d'une seconde « les systèmes d'intervention ont les compétences nécessaires pour effectuer les changements dont ils ont besoin à condition qu'on leur laisse expérimenter leurs auto-solutions et qu'on active le processus qui les y autorise ». (Ausloos, op.cit. p 35).

“Le fait de penser les compétences des familles et non les dysfonctions était déjà un très important changement de paradigme. De penser que les familles développent autant de problèmes que de compétences, a permis de nouvelles prises en charge, stimuler le cerveau différemment pour qu’il développe de nouveaux réseaux. Le deuxième point, était que les compétences se développent de parts et d’autres dans un contexte précis c’est-à-dire dans les interactions, dans le système. Il faut replacer ces éléments dans leur contexte d’expérimentation qui est la thérapie familiale et les interventions des thérapeutes”.

Les réflexions thérapeutiques dans ce contexte ont amené deux évolutions importantes :

- «d’une part, plutôt que de penser notre intervention comme centrée sur l’optimisation des compétences des familles, notre réflexion se centrait sur les compétences du système d’intervention. Plutôt que de penser comment les membres de la famille allaient dépasser la difficulté qu’ils rencontraient et y envisager une solution, la question centrale devenait comment, au sein même de notre rencontre, nous allions ensemble expérimenter un jeu relationnel ouvert à l’indétermination, l’incertitude du changement et aux compétences de chacun à s’y expérimenter.
- «d’autre part, pour faire émerger des compétences au sein du système d’intervention, la seule personne que nous pouvions changer, « utiliser », c’était nous-mêmes. Il ne s’agissait plus de dire aux partenaires familiaux comment ils devraient faire différemment mais de s’interroger sur comment, en ce moment que nous partagions avec eux, nous pouvions faire différemment avec eux pour que s’ouvre pour tous des possibilités de vivre différemment les choses. Nous ne mesurons pas bien la portée de ce petit changement. Pourtant, il changeait tout. D’une part, -et comme dit plus haut, il nous a conduit à repenser fondamentalement notre processus d’intervention et à mettre au point une trame d’intervention reconnaissant au départ à chacun ses compétences » (Guy HARDY et al, 2001).

Bien évidemment le projecteur s’était déplacé pour prendre en compte l’ensemble du système actif à ce moment-là. C’est une révolution dans la conception, et dans le regard porté sur les familles et sur l’approche thérapeutique.

Conclusion

Ce cours vous a présenté certains aspects de la périnatalité, et comme je l'avais spécifié en introduction il ne pouvait englober la totalité. Cet aperçu vous a certainement plongé dans un champ immense mais je pense tout de même que vous pourrez maintenant mieux appréhender cette période incertaine qui parfois amène certaines femmes à vivre des troubles psychiques et des plaintes somatiques.

Vous avez pu saisir ce concept de « folie maternelle passagère » si bien décrit par Winnicott en son temps, et repris régulièrement car tellement exact dans la clinique.

Pouvoir reconnaître la limite entre « le normal et le pathologique », cette frontière tellement proche mais essentielle pour les cliniciens les amenant à proposer des accompagnements judicieux et extrêmement pertinents en cette période de remaniements.

Chaque grossesse reste un événement unique et les jeunes parturientes ont besoin d'une écoute appropriée et contenant que nous devons leur offrir en séance. Nous avons vu ce qu'il se jouait dans le lien maternel et affectif durant cette période et cette hypersensibilité qui débordait les femmes. « La transparence psychique » jusqu'ici restait un concept clinique d'observation peut maintenant grâce aux apports des neurosciences se confirmer par les études au niveau des zones du cerveau.

Un des fléaux de notre société restera l'éloignement des familles durant cette période fragile, en effet, la majorité des couples sont isolés dans les premiers pas avec le bébé. Des situations « limites » se profilent avec des jeunes accouchées, épuisées, césarisées, qui doivent assumer seules les premiers temps car le conjoint doit aller travailler. Le congé du père qui vient d'être allongé de 11 jours à 28 jours permettra certainement d'améliorer la situation.

Nous avons souligné comment la construction de la famille se mettait en place, et les ressources des parents face à cette nouvelle période de vie. Le devenir mère et le devenir père provoquent des chaos passagers comme dans toutes crises. C'est là que les compétences se déploient et permettent de rééquilibrer le système. En effet, l'enfant et les parents sont désormais considérés comme un système indivisible où chacun influence l'autre et reçoit les influences de l'autre.

Le domaine de la périnatalité englobe comme vous l'aurez compris une multitude d'axes tellement importants pour le devenir de l'enfant, son développement et son équilibre psychique. Mais également pour la construction de la famille, et sa longévité.

Il y a encore de nombreuses preuves à apporter à travers la clinique et la recherche pour accompagner au mieux cette période qui restera délicate et imprévisible, on compte sur vous !

Bibliographie

- Ainsworth et al, 1978 ; Pierrehumbert, B. « Le premier lien d'attachement », Ed Odile Jacob, Paris, 2003, p 88-89.
- Allamel-Raffin, C. et al. « le fœtus dans l'acte d'IMG : un statut à géométrie variable », In Revue des Sciences sociales, n° 39, p 126 à 135.
- Alvarez,L., Parat S., Yamgnane, A., Golse, B., Beauquier-Maccotta, B., Oucherif, S. La naissance d'un enfant porteur de pathologie foetale sévère : réflexions cliniques et éthique périnatale, La psychiatrie de l'enfant 2/2008 (Vol. 51), p. 457-479
- Ammaniti, M. « Maternité et grossesse », Ed PUF, Paris, 1999.
- Antoine, C. «La révolution intérieure » Ed Larousse, Paris, 2007, p.57, p.118, p.138, p.157.
- Anzieu, D. (1985) « Le moi peau », Ed Dunod, Paris, réédition 1996.
- Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 Jan; 92 p48-56.
- Armstrong D.S. « Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. », Adv Neonatal Care, 2007, Aug 7(4), p200-206.
- Arnould, M., « Impact des représentations du décès néonatal des médecins sur la prise en charge des patientes dans le cadre d'une pathologie létale, Mémoire de M1, sous la direction de Mme Antoine, Université Paris8 2015.
- Authier-Roux F., « Ces bébés passés sous silence », Ed Erès, Ramonville Saint-Agne, 2007.
- Bacqué, M-F. « Des séparations aux deuils, place de l'aptitude à la séparation comme organisateur psychique » In Dialogue, n°180, 2008, p 23 à 38.
- Badenhorst W., Hughes P. « Psychological aspects of perinatal loss », Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007, Apr 21(2), p249-259.
- Bayle, B. « L'embryon sur le divan », Ed Masson, Paris, 2003.
- Bayle, B. « L'enfant à naître », Ed Erès, Paris, 2005, P 118 à 123.
- Bennett S.M.,Litz B.T., Lee B.S., Maguen S. « The scope and impact of perinatal loss :current status and future directions », Professionnal Psychology : Research and practice, 2005, vol. 36, N°2, p180-187.
- Bennett, Litz, Lee et al., « L'étendue et l'impact de la perte périnatale: état actuel et orientations futures », In Recherche et pratique en psychologie professionnelle, 36 (2) 2005, p180 à 187.
- Bergeret-Amselek, C. « Le mystère des mères, Paris », Ed Desclée de Brouwer, Paris, 2005, p.58, p.63, p.78.
- Bion, W.R. « Aux sources de l'expérience », Ed Puf, Paris, 1962.
- Bitouze,V. « Le fœtus, un singulier patient », éditions Séli Arslan, Paris, 2001.
- Blanchon Y. C., Grenier M.-P., Bourgeois F. « Le retentissement sur l'enfant de la dépression maternelle dans le post-partum », Psychologie médicale, 24, 1, 1992, 63-67.
- Boltanski, L. « Ne pas oublier l'avortement : Parcours avec la condition foetale », Ed Gallimard, Paris,2004.

- Bonneville-Baruchel, E. « Soins psychiques des enfants en protection de l'enfance. Une ouverture interdisciplinaire indispensable », In *Aux frontières de la psychanalyse* sous la direction de Albert Ciccone, Ed Dunod, Paris, 2018.
- Boumediene Seredi, Bérengère-Beauquier-Maccotta, « les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum » in *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, volume 177, Issue 7, 2019, pages 655-662.
- Bowlby, J. « Attachement et perte 3 : La perte tristesse et dépression », Ed PUF, Paris, 1969.
- Breeze, A.C., Lees, C.C., Kumar, A., Missfelder-Lobos, H., Murdoch
- Bruschweiler-Stern « Naissance d'une mère », Ed Odile Jacob, Paris, 1998.
- Bydlowski M. « Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité », Paris : Editions Odile Jacob, 2000 p.34.
- Bydlowski M., Golse B. « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation », *Le Carnet PSY*, 2001/3 n°63, p30-33.
- Bydlowski M., « La dette de vie », Ed PUF, Paris, 1997, p.90 à 103.
- Bydlowski M., « Le deuil infini des maternités sans objet », *Topique* 3/2011 (n° 116).
- Bydlowski M., « op.cit. » p 93
- Bydlowski M., (2001) « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, volume 13, p.41-52.
- Byrne, A., Ellershaw, J., Holcombe, C., & Salmon, P. Patients' experience of cancer: evidence of the role of "fighting" in collusive clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 2002, Vol 48, p1-21
- Bérengère Beauquier-Maccotta , « Le deuil prénatal et son retentissement dans la fratrie », *Carnet Psy* n° 185, p 41 à 45, 2014.
- Cacciatore J., Rådestad I., Frederik Froen J. « Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. », *Birth.*, 2008, Dec 35(4), p313-320.
- Callister L.C., « Perinatal loss : A family perspective », *J Perinat Neonat Nurse*, 2006, Juil-Sep 20(3), p 227 à 233.
- Candilis, D. « Dans Stern ou la vitalité », In *Spirale* n°64, Paris, 2012, p 115 à 120.
- Champion et coll. « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale » In *Psychiatrie de l'enfant*, Vol 54, Paris, 2011, p 611 à 637.
- Ciccone et Ferrant, « Psychopathologies du deuil périnatal », in *Le deuil périnatal*, Ed Elsevier, Paris 2011, p 20.
- Ciccone, A. « Les enfants du deuil », In Roussillon R. (sous la direction de), *Manuel de psychologie et de Psychopathologie clinique générale*, Ed Elsevier, 2014.
- Côté-Arsenault D., Donato K.L. « Restrained expectations in late pregnancy following loss », *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nursery*, 2007, Nov-Dec 36(6), p550-557.

Côté-Arsenault D., Mahlangu N. « Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self : women's experiences », Journal Obstet Gynecol Neonatal Nursery, 1999, May-Jun 28(3), p274-282.

Darchis, E. « Ce bébé qui change votre vie » Coll. Métier de parents, Fleurus, Paris, 2002.

David, D., Tournaire, M., & Soulé, M.

De Broca, A. « Deuils et endeuillés, comprendre pour mieux (s)écouter et (s)accompagner, Paris, Ed Masson, 1997.

De rosa, E. « Retrait et deuil pendant la période périnatale » In Devenir, Vol 21, 2009, p 159 à 183.

Delaisi de Parceval G., « Les deuils périnataux » in Revue Études, n°387-5, novembre 1997.

Deutsch H., Autobiographie, Mercure de France, « Mille et une femme », 1986 pour la traduction française, p160-163 (la Version américaine date de 1973).

Deutsch, H. « Psychologie des femmes », Tome 2 maternité, Ed PUF, Paris, 2000.

Diane de Wailly « Les soignants et l'accueil de la mort périnatale : entre angoisse et anticipation », Ed carnet psy, n° 185, 2014 p 25.

Diedisheim, M. « Projet d'enfant, fin, le deuil : approche psychologique ». L'enfant mort autour de la naissance. Assistance publique hôpitaux de Paris. Espace éthique/ap-hp, mars 2008.

Dollander M., de Tyche C. « Présentation de l'échelle de deuil de Potvin, Lasker, et Toedter : « Utilité en clinique pré- et périnatale », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2000, n°48, p245-252.

Downe S., Schmidt E., Kingdon C., Heazell A.E. « Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospital : a qualitative interview study », BMJ Open, 2013, Feb 14 ;3(2).

Dumoulin, M. « Etude exploratoire qualitative de la traversée du deuil de parents qui, devant un diagnostic de malformation létale chez leur enfant, ont choisi de poursuivre la grossesse et d'accompagner leur enfant jusqu'à sa mort naturelle », Bruxelles, 2010.

E.M., Palliative Care For Prenatally Diagnosed lethal fetal abnormality.

Edhborg, « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale » In Psychiatrie de l'enfant, Vol 54, Paris, 2011, p 611 à 637.

Elena-Crim « La maternité, figure possible du féminin » in Psychothérapies 2020/1 (Vol.40), pages 19 à 23.

Elklit A., Gudmundsdottir D.B. « Assessment of guidelines for good psychosocial practice for parents who have lost an infant through perinatal or postnatal death », Nordic Psychology, 2006, 58(4), p315-330.

Engelmann, P. « Les interruptions médicales de grossesse, Evolutions législatives témoignage et questions » in Laennec, Tome 50, Paris, 2002, p 16 à 26.

Erlandsson K., Warland J., Cacciatore J., Radestad I. « Seeing and holding a stillborn baby : mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth, findings from an online questionnaire », Midwifery, 2013, Mar 29(3), p246-250.

Favaro, C. « Actualisation du trauma du décès maternel dans la grossesse chez une femme et impacts sur la construction psychique de la parentalité », In Connexions (103), 2015, 131 à 142.

Fletcher, « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale » In Psychiatrie de l'enfant, Vol 54, Paris, 2011, p 611 à 637.

François Poinso, Jean-Claude Samuëlian, Valérie Delzenne, Laëtitia Huiart, Joshua S. Sparrow, Marcel Rufo « Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé » In La psychiatrie de l'enfant 2001/2 (Vol. 44), 2001 pages 379 à 413.

Frechette-Piperni, S. « Les rêves envolés : traverser le deuil d'un tout petit bébé », Ed De Mortagne, 2005.

Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF. 1926, p 53.

Freud S., « Deuil et Mélancolie » (1917) in Métapsychologie, Paris, Gallimard, réédition 1968.

Golse, B. « A Daniel Stern qui nous manque infiniment », In Spirale, Paris, n° 64, 2012, p 39 à 42.

Golse, B. « La question du rythme entre empathie et intersubjectivité », In Spirale, Paris, n° 44, 2007, p 59 à 64.

Gorincour, G., Tassy, S., Payot, A., Philip, N., Malzac, P., Harlé, J.-R., Mattei, J.-F., Le Coz, P. Décision d'interruption médicale de grossesse : le point de vue des soignants français. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2011, Volume 39, p 198-204.

Gourand, L. « Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. In Erès (Éd.), L'échographie de la grossesse, Promesses et Vertiges (pp. 47-83). Toulouse: sous la direction de Soulé M avec Gourand L, Missonier S, Soubieux M-J. 2011

Guedeney, A., Guedeney, N. « Les enfants de parents déprimés » Psychiatrie de l'enfant, XXXII, 1, 1989, p 269 à 309.

Guedeney, A., Guedeney, N. (2002) « L'attachement : approche clinique et thérapeutique » Ed Elsevier, Paris, 2016, p 4.

Guedeney, N., « Attachement » Conférence 2017 you tube.

Guedeney, N., « Attachement », Conférence de la pédopsychiatrie, Paris, 2013.

Guedeney, N., Guedeney, A. (2009) « L'attachement : approche clinique et thérapeutique », Ed Elsevier Masson, Paris, 4ème édition 2016.

Halimi G., « le lait de l'oranger » Gallimard, 1988, p 319.

Haussaire-Nicquet, C. « L'enfant interrompu : la mort au creux du ventre, Études sur la mort, » 2001/1 (no 119), p. 155-162.

Hughes P., Turton P., Hopper E., Evans C.D. « Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth : a cohort study », Lancet., 2002, Jul 13 ;360, p114-118.

In La lettre du gynécologue, n° 378-379, 2013.

Ionescu, S., Blanchet, A. « Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie », Ed PUF, Paris, 2012.

Jouany, C., « Aux prises avec Eros et Thanatos : deuil et maternité », Master2, Université Paris8, Sous la direction de Mme Antoine, 2017.

Kagan, 2000 cité in « La théorie de l'attachement, une approche conceptuelle au service de la protection de l'Enfance », dossier thématique coordonné par Nathalie Savard, Paris, 2010, p 16.

Kersting A., Wagner PhD. « Complicated grief after perinatal loss », Dialogues in clinical neurosciences, 2012, 14(2), p187-194.

- Kubler-Ross, E. « Sur le chagrin et le deuil », Ed pocket, Paris, 2011.
- Kunégel, T., « L'avortement et le lien maternel », Ed chronique sociale, 2002 p 36.
- Lalande-Charlebois « Prédicteurs de la présence comorbide des symptômes du trouble de l'anxiété généralisée et de la dépression chez les femmes primipares en post-partum », 2019.
- Laplanche J., Pontalis, J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF 1967.
- Lebovici S., « l'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires », Ed Eshel, Paris, 1989.
- Lebovici S., « Psychopathologie du bébé », Ed PUF, Paris, 1989.
- Legros, J.P., « L'arrêt de vie in utero ou l'errance des fœtus ; un possible deuil » in L'Esprit du Temps/Études sur la mort 2001/1 - N° 119, p 63 à 75.
- Lewis et al., 2010 Lewis, S., McGillivray, G., Rowlands, S., Haliday, J., Perinatal outcomes following suspected fetal abnormality when managed through a fetal management unit. Prenat Diagn. 2010, p149-55.
- Lorenz, K. « Les fondements de l'éthologie », Ed Champs Sciences, Paris, 1935.
- Maciejewski P.K., Zhang B., Block S.D., Prigerson H.G. « An empirical examination of the stage theory of grief », JAMA, 2007, p297-716.
- Manzano, J.; Righetti, M.; Perreard, E. « Pré-partum - résultats d'une recherche sur les signes précurseurs d'une dépression post partum », In psychiatrie de l'enfant, 2009, p 533 à 553.
- Marchi, C. « Interview dans psychologies.com 9 juillet 2020.
- Mezulis et coll. 2004 cité dans Tissot, Frascarolo, Despland et coll., In la psychiatrie de l'enfant Vol.54, 2011, p 611 à 637.
- Miljkovitch R., « Amour et ruptures, les traces laissées par l'enfance", Perspectives Psy 42/2 2003, p 135.
- Miljkovitch, R., « L'attachement au cours de la vie, modèles internes opérants et narratifs », Ed Le fil rouge, PUF, Paris, 2001, p 31.
- Missonnier S. « La consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité », Editions Erès, Paris, 2003.
- Missonnier S. « Devenir parent, naître humain : la diagonale du virtuel », Ed Puf, Paris, 2009, p 132.
- Missonnier S. « La consultation thérapeutique périnatale » Ed Erès, Paris 2005, p 99.
- Missonnier S. « La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité », Ed PUF, Paris, 2004.
- Missonnier S., cité dans la consultation thérapeutique périnatale, Eres, Paris, p 97-98.
- Missonnier S., Golse, B., Soulé, M. « la grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité », Ed PUF, Paris, 2004.
- Molénat, F. « Mères vulnérables, les maternités s'interrogent », Ed Stock-Laurence Pernoud, Paris, 1992, p 111.
- Murray, L. « L'impact de la Dépression du post-partum sur le développement de l'enfant », Colloque international de Psychiatrie périnatale, Monaco, janvier 1996. Alors qu'une mère dépressive passée ce délai entraînerait moins de troubles cognitifs et affectifs.

- O'Hara, MW, et Swain, AM. « Rates and risk of postpartum depression : A meta analysis. » In Rev Psychiatry, 1996, p 37 à 54.
- O'Leary J., Thorwick C. « Fathers' perspectives during pregnancy, post perinatal loss », J Obstet Gynecol Neonatal Nurs., 2006, Jan-Feb 35(1), p78-86.
- Pasini, W. « L'adolescente enceinte ». Genève: Médecine et Hygiène, 1993, p 135.
- Pelloux, S. « l'intersubjectivité à l'hôpital de jour » In Enfance et psy 2014/1 n°62, p 116 à 128.
- Pierrehumbert, B., « Le premier lien, la théorie de l'attachement ». Paris : Odile Jacob, 2003.
- Plat, Plat A., « Transmission de vie, projet de naissance dans la mort », Topique, 2011/3 n°116, p 89-96.
- Puissant-Paganon, N. « Le temps pour parler : fonction de l'entretien psychologique », in PONS JC., VENDITTELLI F., LACHCAR P., L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention, 2004, Masson, Paris, p.123-129
- Racamier, P.C. « La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum » in Evolution psychiatrique, 1961, p 341.
- Radestad I., Surkan P.J., Steineck G., Cnattingius S., Onelöv E., Dickman P.W. « Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. », Midwifery, 2009, Aug 25(4), p422-429.
- Rauch, E.R., Smulian, J.C., Deprince, K., Ananth, C.V., Marcella, S.W., Pregnancy Interruption after second trimester diagnosis of fetal structural anomalies. The New Jersey Fetal Abnormalities Registry. AJOG 2005 193, p1492-1497.
- Revault-D'Allones, C. « être, faire, avoir un enfant », Ed Petite bibliothèque Payot, Paris, p 304.
- Robertson, Aldridge et Curley (2011) Robertson M.J., Aldridge A., Curley A.E. « Provision of bereavement care in neonatal units in the united Kingdom. », Pediatr Crit Care Med, 2011, May 12(3), p11-115.
- Robichaud, M. « Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : from science to practice », 2007.
- Roux, M. et Wenkland, J., « Le blues du post-partum » in Périnatalité volume 11 numéro 1, Paris, 2019 p 32-41.
- S. Tebeka, B. Pignon, Y. Le Strat, M. De Pradier, C. Dubertret , « Dépression du post-partum » in La lettre du gynécologue, Paris n° 378-379, 2013.
- Samoel, L. « Les effets du franchissement des étapes de confrontation à la réalité du décès d'un bébé en période périnatale sur le processus de deuil parental », Master 1, sous la direction de Mme Antoine, Université Paris8, 2017.
- Shulz J. « Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale », in Carnet Psy, n°185, Paris, 2014, p31 à 35.
- Sirol F., « La haine de la femme enceinte pour son fœtus ». Devenir, n°11, 2003, pp 25-34.
- Sirol F., « La haine de la femme enceinte pour son fœtus », in Devenir, N°2, vol.11, Genève, 1999, p 25-34
- Sirol F., « La haine pour le foetus », In La décision en médecine, Paris, 2002, p 71 à 90.

- Sloan, EP., Kirsh, S., Mowbray, M. Viewing the Fetus Following Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. Obstetric and neonatal nurses. AWHONN. 2008.
- Soubieux M.J., « Le deuil périnatal », Ed Fabert, Bruxelles, 2010.
- Soubieux, M.J., Soulé, M. « La psychiatrie foetale », Ed PUF, Paris, 2005.
- Soubieux, M-J. « Quand la grossesse devient une maladie ». In S. Missonnier, B. Golse & M. Soulé, La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris : PUF, 2004, pp 597 à 616.
- Soubieux, M.J, Soulé, M. « La psychiatrie foetale », In PUF, Paris, 2005.
- Soulé, M. « L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire » in Dynamique du nourrisson, Ed ESF, Paris, 1982.
- Soulé, M. « cité dans Le fœtus dans notre inconscient » Jean Bergeret, Dunod, Paris, 2004, p 134.
- Spitz, R. « De la naissance à la parole, La première année de vie », Ed Bibliothèque psychanalytique, Paris, 1965.
- Stern, D. « Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développemental », Ed Le fil rouge, PUF, Paris, 1989.
- Stern, D. « Naissance d'une mère », Ed Odile Jacob, Paris, 1998.
- Stern, D. « Journal d'un bébé », Ed Odile Jacob, Paris, 2011.
- Séjourné, N. « Study of the relations between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues » Encéphale, 33 (5), 2007, p. 805-10.
- Tebeka, S. , Pignon, B., Le Strat, De Pradier, M., Dubertret, C. , « Dépression du post-partum »
- Tissot, Frascarolo, Despland et coll., In la psychiatrie de l'enfant, Vol.54, 2011 p 611 à 637.
- Verbe, J. ; Dubertret, C. et al « Approche GABAergique de la dépression du post-partum », une revue critique translationnelle, in L'Encéphale, 2020.
- Viaux, C. « Recherche clinique en périnatalité : Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant », 2011.
- Virginie, IM ; Briex, M. « Le baby blues » in Spirale n° 89, 2019, p131 à 135.
- Weber, J.-C., Allamel-Raffin C., Rusterholz, T., Pons, I., Gobatto, I. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. In: Sciences sociales et santé. Volume 26, n°1, 2008. p. 93-120.
- Weissman, M.; Warner, V.. et al. « Offspring of Depressed Parents. 10 Years Later » in Arch. Gen. Psychiatry, 54, 932-940.
- Wijngaards-de Meij L., Stroebe M., Stroebe W., Schut H., Van den Bout J., Van Der Heijden P.G., Dijkstra I. « The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief », Death Studies, 2008, 32(3), p237-252.
- Winnicott, D. « La mère suffisamment bonne », Ed Payot, Paris, 2006.
- Winnicott, D.W. « Jeu et réalité, l'espace potentiel », Ed Gallimard, Paris, 1975.

Zaouche Gaudron, C. et Pierrehumbert, B. « Comportements et représentations d'attachement dans l'enfance, Revue Enfance, Vol 60, Paris, 2008, P 5 à 10.

Zazzo, R. & Al. (1979). L'attachement, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1996.

Liens internet

www.sante.gouv.fr/drees/statiss

www.cairn.fr

www.psychologues.fr

www.psynem.necker.fr

www.causefreudienne.org

www.inist.fr

www.carnetpsy.com

www.vivresondeuil.asso.fr