



HAL
open science

Entre honte et culpabilité, méandres de la maternalité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse

Jessica Shulz

► **To cite this version:**

Jessica Shulz. Entre honte et culpabilité, méandres de la maternalité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse. Psychologie et comportements. Université Sorbonne Paris Cité, 2016. Français. NNT : 2016USPCB190 . tel-02001565

HAL Id: tel-02001565

<https://theses.hal.science/tel-02001565>

Submitted on 31 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Laboratoire Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse
Université Paris Descartes
Ecole doctorale Cognition, Comportement, Conduites humaines



Thèse de doctorat de l'Université Paris Descartes

Spécialité : Psychologie

présentée par Jessica SHULZ

Entre honte et culpabilité, méandres de la maternité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse

sous la direction de Sylvain Missonnier

soutenance prévue le 6 octobre 2016

devant le jury composé de

M. Sylvain MISSONNIER	Directeur de thèse
M. Albert CICCONE	Rapporteur
Mme Sylvie NEZELOF	Rapporteur
Mme Catherine CHABERT	Examineur
M. Bernard GOLSE	Examineur
Mme Silvia ZORNIG	Examineur
Mme Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA	Invitée
Mme Marie-José SOUBIEUX	Invitée



Remerciements

Cette thèse de doctorat a constitué pour moi un véritable rite initiatique. Il m'a permis de commencer en parallèle mon parcours de psychologue clinicienne en pédiatrie-néonatalogie et celui de chercheuse dans une complémentarité qui m'apparaît aujourd'hui indéniable et nécessaire. Je n'aurais pas pu faire ce travail sans l'aide et la présence d'un certain nombre de personnes que je souhaite remercier.

En premier lieu je remercie le jury de ma thèse d'avoir accepté de lire ce manuscrit et d'examiner scrupuleusement mon travail pour le commenter et le critiquer : les rapporteurs, Albert Ciccone et Sylvie Nezelof, et les examinateurs, Catherine Chabert, Bernard Golse et Silvia Zornig.

Je remercie très chaleureusement mon directeur de thèse Sylvain Missonnier pour son suivi régulier et étayant de ma recherche, me transmettant ses connaissances et son expérience au travers de discussions théoriques passionnantes et de conseils avisés. Il m'a aussi lancée dans les chemins enthousiasmants de l'enseignement. Son soutien et sa confiance m'ont permis de mener à bien cette thèse tout en m'ouvrant de nouvelles perspectives.

Enfin, je remercie vivement l'ensemble des membres de l'équipe de recherche au sein de laquelle cette thèse a pris place, de leurs conseils et leur bonne humeur. Marie-José Soubieux et Bérengère Beauquier-Maccotta qui ont grandement participé à ma formation de chercheuse, chacune dans des aspects différents et dont les encouragements et le soutien au long des années m'ont aidé à avancer. Marie-Emmanuelle Meriot pour notre collaboration, son amitié et le partage d'expérience au fil de la recherche. Ainsi que Diane De Wailly pour son aide dans la construction du protocole de recherche et ses encouragements.

Ce travail de recherche a été possible grâce à la contribution financière de deux acteurs que je remercie grandement. Tout d'abord, la fondation des services funéraires de la ville de Paris qui a contribué au financement de ma thèse de doctorat me permettant ainsi de mener à bien le projet. Puis l'agence de biomédecine qui a permis notamment de rémunérer la retranscription des entretiens et a ainsi largement facilité le déroulement de l'étude.

Je tiens ensuite à remercier les différents services qui m'ont accueillie : à l'hôpital Necker-Enfants malades, le Pr Yves Villes et son équipe de maternité, en particulier les sages-femmes de Prima-Facie pour leur aide dans l'inclusion des sujets à la recherche, celle-ci n'aurait pas pu avoir lieu sans elles. Le service de pédopsychiatrie du Pr Bernard Golse pour l'accueil et les différentes aides techniques. Je remercie également Xavier Jeudon pour son aide dans les séquences filmées. À l'université Paris-Descartes, je remercie l'école doctorale 3Ch d'avoir permis ce travail de thèse. Je remercie les membres du laboratoire PCPP de m'avoir accueillie et de m'avoir à différentes reprises transmis le plaisir de la re-

cherche en psychologie clinique. Je remercie Hélène Godart, secrétaire du laboratoire pour son aide considérable dans la gestion administrative ainsi qu'Elisabeth Sioudan-Devailly. Au sein du laboratoire je tiens à remercier plus particulièrement Karine Gueniche, Manuela De Luca, Sarah Vibert, Marcela Gargiulo, Jérôme Boutinaud, Estelle Louet, Hélène Suarez-Labat, Benoît Verdon, Vincent Estelon et Joan André qui m'ont chaleureusement accueilli dans le Théma expérience du corps et avec qui j'ai partagé d'agréables moments ayant grandement contribué à mon envie de poursuivre pour un temps à l'université dans le cadre d'un poste d'ATER. Je remercie pour cela également Alberto Konicheckis, directeur des enseignements de psychologie clinique à Paris-Descartes. Je remercie également Isabelle Gernet pour son éclairage sur la théorie de Christophe Dejours. Je remercie aussi Emmanuelle Bonneville, Samuel Bertrand, Sarah Bydlowski et l'ensemble des participants du RAP pour leurs conseils et suggestions dans la construction de la recherche depuis son commencement.

Enfin, je veux remercier très particulièrement les membres du GAREP. Ce groupe, que nous avons constitué il y a maintenant quatre ans était d'abord une collaboration entre doctorantes en périnatalité et s'est vite enrichi d'une belle amitié. Chloë Leclère, Olga Perelman et Charlène Gueguen m'ont soutenue et encouragée depuis plusieurs années, partageant avec moi les joies et les difficultés de la recherche académique, elles m'ont aussi aidé à formuler mes idées et à les présenter. Marie Courtaux, par son intégration nouvelle au GAREP marque le dynamisme du groupe et sa pertinence. Elle a par ailleurs retranscrit avec beaucoup de rigueur une grande partie des entretiens et je l'en remercie vivement ainsi que pour nos échanges sur nos ressentis cliniques autour de ces patientes. Je les remercie toutes les quatre pour leur relecture critique et attentive de mon manuscrit. Elles ont fait de cette thèse une expérience humaine pleine de rires et de partage et ont très grandement contribué à en faire une très belle période de ma vie.

En dehors du cadre universitaire, les équipes au sein desquelles j'ai exercé en tant que psychologue ont été d'une aide et d'un soutien précieux. Tout d'abord, je remercie l'équipe de pédopsychiatrie de Ville-Evrard dirigée par Jean-Clair Bouley puis Noël Pommepuy, d'avoir rendu possible cette double activité recherche/clinique en m'autorisant à aménager mon temps de travail et en m'accordant un congé de formation professionnelle. Au sein de cette équipe je tiens à remercier en particulier Pedro Serra et Fleur Baumié avec qui j'ai collaboré au sein de l'unité de liaison, pour leur transmission et les échanges que nous avons eus. Je remercie également Fanny Merminod, Aurélie Perraud, Gilles Gaudry et Romancia Salibur pour nos séances d'intervision et leurs encouragements. Ensuite, je souhaite remercier les équipes du service de pédiatrie et néonatalogie dirigées par Loïc De Pontual et Eric Lachassine au sein desquelles j'ai exercé pendant toutes les années qu'a duré ma recherche et que j'ai quitté récemment. Je leur suis très reconnaissante de l'accueil qu'ils ont fait à cette recherche et d'avoir accepté avec patience lorsque, par périodes, elle me prenait plus de temps. Je souhaite aussi remercier les psychologues et psychiatres du service de maternité de Jean Verdier qui ont nourri ma réflexion. Je veux remercier les membres du réseau NEF, coordonné par Caroline Belasco pour leur confiance et notre collaboration dans l'organisation d'un congrès de périnatalité dans les mois à venir. Je tiens à remercier très fortement Claude Sternis pour son accompagnement, son soutien,

et sa transmission. Claude me forme depuis dix ans à l'animation d'atelier à médiation et à la psychothérapie. Elle est une part importante de la psychologue que je suis aujourd'hui et je lui en suis très reconnaissante. Je remercie également les membres d'Asphodèle pour le partage en supervision et dans des cadres institutionnels.

Enfin, je remercie Valérie Roumengous pour sa présence continue.

Je souhaite remercier tout mon entourage. Vladimir, pour son amour, son soutien quotidien et sa curiosité qui est un moteur constant dans mon désir de découverte. M'ayant précédé de quelques mois sur l'écriture de la thèse il m'en a montré le chemin, m'aidant notamment à rédiger mon manuscrit sur Latex. Je remercie mes parents, Analia et Daniel, pour leur amour inconditionnel, leur soutien affectif et matériel m'ayant permis d'écrire ces lignes aujourd'hui. Je remercie ma mère de m'avoir mise sur le chemin de la pensée introspective, de m'avoir bercée des noms de Lebovici et Green, contribuant ainsi à développer ma curiosité envers ces personnages qui l'occupaient tant ! Je remercie mon père pour son aide académique depuis toutes ses années, ses relectures, ses conseils, son écoute et de son enthousiasme à me voir avancer sur les chemins de la recherche. Je remercie aussi Sébastien, mon frère, pour son soutien et sa belle présence fraternelle qui compte tant pour moi. Agradezco a mi familia, que desde distintas partes del mundo, me apoya con amor y con la cual comparto momentos valiosos. À mis abuelos, Aïda, Alcira, Bernardo y Natalio, por haber hecho que esta familia exista y siga unida a pesar de la distancia. À mis tios, Hugo, Vered, Ale, Selin, Laura, Rafi y Daniela. À mis primos, Vanessa, Rocio, Matias, Julia, Paula, Tal, Nir y Guy ; y mis sobrinas Alma y Luna. À mis tios abuelos y tios y primos segundos, en particular a Zulema, Miguel, Porota, Catelo, Sarina, Carina, Gaby, Pablito, Vanina, Lidia y Lilah. À los amigos que son como familia, Sami, Pati, Beto, Naty, Nomi, Julio, Gai, Ben y Jonathan. Je remercie mes beaux-parents, Irène et Marc qui depuis plusieurs années m'ont accueillie dans leur famille m'épaulant et me soutenant, tant affectivement que dans mes projets professionnels. Je remercie aussi Joachim et Judith ainsi que toute ma belle famille Kaganski et Adrien. Je remercie notamment Michèle d'avoir relue une partie de mon manuscrit. Je veux remercier les amis de mon enfance, qui ont été, alors que la famille était loin, un entourage soutenant et aimant pour nous, et dont certains m'ont aussi mise sur les voies de la psychanalyse : Béatrice, Pierre, Clément, Zélie, Piqui, Dani, Eytan, Natalia, Margot, Edwige, Thierry, Chloë, Karl, Léa, Nora, Andi et Gaby. Enfin je remercie mes amis du quotidien, ceux qui m'accompagnent chaque jour, qui me soutiennent et me rendent heureuse, qui sont tout simplement là : Sophie, Hélène, Cécile, Ines, Axou, Julien, Patricia, Ines, Antonin, Nadia, Lila, Felix, Juliette, Maria, Nico, Margot, Mikaël, Lou, Dina, Kevin, Sam, Irina, Mila, Pierre, Géraldine, Suzanne, Luca, Pietro, Claire, Andres, Cabiria, Bart, Mafe, Léon, Anna, Andrea, Tamara, Kenneth, Antonin et Laure.

Pour finir, je remercie toutes les femmes et les hommes ayant accepté de participer à cette recherche. C'est leur confiance et leur volonté de partager leur expérience qui donne sens à ce travail.

Table des matières

Remerciements	I
Table des matières	V
Liste des articles et communications	IX
Liste des illustrations	XI
Résumé / Abstract	XIII
Avant-propos	XVII
Introduction	1
I Revue de la littérature	5
1 La femme enceinte, le fœtus, le bébé	7
1.1 Le narcissisme, la pulsion et la relation d'objet	8
1.1.1 Narcissisme dans la théorie freudienne	9
1.1.2 L'objet freudien	13
1.1.3 Le soi (Self) et le Moi	15
1.1.4 Narcissisme primaire après Freud	19
1.1.5 La relation d'objet	21
1.2 La maternalité, complexité d'un processus d'objectalisation	25
1.2.1 Désirs d'enfant	26
1.2.2 Grossesse et narcissisme	30
1.2.3 Pulsionalité au cours de la grossesse	33
1.2.4 Naissance d'une relation d'objet	36
1.3 La grossesse, paradigme d'une troisième topique?	43
1.3.1 Intersubjectivité	44
1.3.2 Troisième topique	47
2 Le deuil prénatal	53
2.1 Le deuil	53
2.1.1 Étapes du deuil	54
2.1.2 Travail psychique du deuil	55

2.1.3	Complications et pathologies du deuil	57
2.2	Spécificités du deuil prénatal	60
2.2.1	Modèle Multidimensionnel du deuil prénatal	62
2.2.2	Deuil prénatal et mélancolie	64
2.2.3	Différentes évolutions	66
2.2.4	Mort prénatale et objectalisation	68
2.2.5	L'entourage	70
2.3	Un cas particulier, l'IMG	72
2.3.1	Cadre législatif	72
2.3.2	Le Diagnostic Anténatal (DAN)	74
2.3.3	Humanisation de l'enfant	76
2.4	Une grossesse après un deuil prénatal	78
2.4.1	Temps entre les grossesses	79
2.4.2	Grossesse suivante, résolutive ou empêchant le processus de deuil?	80
2.4.3	Spécificité de la grossesse suivant un deuil prénatal	80
2.4.4	Vécu de la relation mère-foetus/bébé	84
3	Honte et culpabilité	89
3.1	idéal du moi et Surmoi	91
3.1.1	Pour introduire l'idéal du moi et le surmoi dans la théorie freudienne	91
3.1.2	Articulation entre idéal du moi et surmoi après Freud	92
3.1.3	Indistinction entre surmoi et Idéal du Moi	92
3.1.4	L'idéal du Moi	95
3.1.5	Surmoi	98
3.2	Métapsychologie de la honte et de la culpabilité	100
3.2.1	Métapsychologie de la culpabilité	100
3.2.2	Métapsychologie de la honte	102
3.2.3	Liens et écarts entre honte et culpabilité	109
3.3	Les formes de honte et de culpabilité	113
3.3.1	Honte signal d'alarme/honte éprouvée	114
3.3.2	Culpabilité signal d'alarme/culpabilité éprouvée	115
3.3.3	Honte primaire et culpabilité primaire	115
3.4	Destin et travail psychique de la honte et de la culpabilité	116
3.4.1	Destins	116
3.4.2	Honte, culpabilité et traumatisme	117
3.4.3	Honte, culpabilité et dépression	118
	Synthèse critique de la revue de littérature	121
	Statut du foetus/bébé	121
	Honte et culpabilité	123

II	Construction de la recherche	127
4	Problématique et hypothèses générales	129
4.1	Problématique	129
4.2	Hypothèses générales	130
5	Méthodologie	131
5.1	Cadre de la recherche	131
5.1.1	Cadre général	131
5.1.2	Trajectoire	132
5.2	Considérations éthiques	133
5.3	Population	135
5.4	Outils	135
5.4.1	Entretien semi-structuré	135
5.4.2	Echelles	137
5.5	Déroulement	139
5.6	Opérationnalisation des hypothèses	140
III	Résultats	143
6	Cas cliniques	149
	Mme P	149
	Mme D	154
	Mme G	162
	Mme J	169
	Mme M	175
	Mme F	183
	Mme S	187
	Mme A	194
	Mme B	199
	Mme C	204
	Mme T	210
7	Résultats transversaux	217
	Première hypothèse générale : investissement objectal du fœtus/bébé	217
	Deuxième hypothèse générale : vivances de honte	230
	Troisième hypothèse générale : vivances de culpabilité	240
	Quatrième hypothèse générale : honte, culpabilité et processus de deuil	251
	Vivance de honte et dimension développementale du deuil	251
	Vivances de honte et dimension narcissique du deuil	253
	Vivance de culpabilité et dimension objectale du deuil	258
	Vivance de culpabilité et investissement objectal du fœtus/bébé	259

IV	Discussion	261
8	Discussion théorico-clinique	263
8.1	Actualisation du deuil	263
8.2	Statut du fœtus/bébé	264
8.3	Honte, culpabilité, dépression ou mélancolie?	267
8.4	Le choix de vie ou de mort, une culpabilité spécifique?	269
8.5	Lorsque le corps fonctionne mal	272
8.6	L'accouchement, reprendre le contrôle du corps?	278
8.7	Colère et vivance de honte	281
8.8	Dévoilement du diagnostic anténatal	285
8.9	Honte et groupe de mères endeuillées	287
8.10	Dialectique des vivances de honte et de culpabilité	291
8.11	Lilith, proposition d'un mythe imageant	294
	Synthèse de la discussion théorico-clinique	297
9	Discussion méthodologique	299
9.1	Limites	299
9.1.1	Entre quantitatif et qualitatif.	299
9.1.2	Biais de recrutement.	301
9.1.3	Un seul acteur.	302
9.2	Perspectives	302
9.2.1	Perspectives de recherche.	302
9.2.2	Implications cliniques.	303
	Conclusion	307
	A Epidémiologie IMG pour raison foetale	313
	B Guides d'entretien	315
	C Echelles	321
	D Note d'information et consentement éclairé	333
	E Résultats complets	339
	Bibliographie	340

Liste des articles et communications

Articles publiés

- Shulz J., Beauquier-Maccotta B., Soubieux M-J., Meriot M-E., De Wailly D., Missonnier S., « Stigmates de la femme enceinte après une interruption médicale de grossesse », *Champs Psy* n°68/2016
- Shulz J., Meriot M-E., « Quand la vie reprend ses droits? Une grossesse après une perte prénatale », *Carnet Psy*, n°185, Décembre 2014
- Meriot M-E., Shulz J., Soubieux M-J., Missonnier S., Beauquier-Maccotta B., « La grossesse suivant une perte prénatale », *Revue de médecine périnatale*, Mai 2014 (contribution équivalente des deux premiers auteurs)

Articles en cours de publication

- Shulz J., Beauquier-Maccotta B., Soubieux M-J., Meriot M-E., De Wailly D., Missonnier S., « Honte et Culpabilité chez la femme enceinte suite à une Interruption Médicale de Grossesse », *Psychiatrie de l'enfant* (accepté, à paraître n°59/2016)

Communications

- 1 juin 2016. « Shame in prenatal grief, from a conceptual approach to working out through therapeutic groups », J.Shulz et M.-J. Soubieux. Symposium, 15th World Congress of the WAIMH, Prague, République Tchèque
- 18 sept. 2015. Congreso WAIMH-SAPI, « Vergüenza y culpa durante un embarazo posterior a un duelo prenatal », Buenos Aires, Argentine
- 11 juin 2015. Séminaire Clinique du deuil Périnatal, Hôpital Jean Verdier, Bondy, France
- 14 février 2015. « Enjeux d'une recherche mêlant quantitatif et qualitatif ». Journée doctorale PCPP, Institut de Psychologie, Boulogne, France
- 2 octobre 2014. Séminaire Clinique du deuil Périnatal – Hôpital Necker-Enfants malades, Paris, France

- Juin 2014. « Shame and Guilt in Therapeutic Abortion ». Poster, 14th World Congress of the WAIMH, Shulz J., Soubieux M-J., *Infant Mental Health Journal Supplement to Volume 35, Issue 3 (May-June 2014)* p. 223.
- 8 mai 2014. « Conséquences sur la grossesse suivante de la perte d'un fœtus ou d'un bébé ». Symposium Deuil Périnatal, 7ème congrès mondial de l'AEPEA, Bruxelles, Belgique
- 25 janvier 2014. « Honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une IMG ». Journée doctorale LPCP, « Honte et Culpabilité », Institut de Psychologie, Boulogne, France

Liste des illustrations

- Page 8 : Le Caravage, « Narcisse », 1598-1599, Palais Corsini, Rome, Italie
- Page 21 : M. Chagall, « La Madone du village », 1938-1942, musée thyssen-bornemzma Madrid, Espagne
- Page 25 : P. Picasso, « Maternité », 1948
- Page 27 : G. Klimt, « Les trois âges de la vie », 1905, Galleria Nazionale d'Arte Moderna e Contemporanea, Rome, Italie
- Page 43 : R. Magritte, « Décalcomanie », 1966, Collection privée
- Page 54 : P. Picasso, « Mother with dead child II, Poscript to Guernica », 1937, Museo Nacional Reina Sofia, Madrid, Espagne
- Page 61 : F. Kahlo, « L'hôpital Henry Ford », 1932, Musée Dolores Olmedo, Mexique
- Page 70 : G. Klimt, Dessin de couple, Exposition 2015-2016, Klimt, Schiele, Kokoschka et les femmes, Belvédère, Vienne, Autriche
- Page 90 : Masaccio, « Adam et Eve chassés du paradis », 1425, Chapelle Brancacci, Eglise Santa Maria del Carmine, Florence, Italie
- Page 149 : Greuze, « Le miroir brisé », 1763, The Wallace collection, Londres, Grande-Bretagne
- Page 154 : G. Klimt, « Mort et vie », 1908-1911, Leopold Museum, Vienne, Autriche
- Page 169 : L. de Vinci, « la Joconde », Musée du Louvre, Paris
- Page 175 : Raphaël, « Madone de la prairie », 1506, Kunsthistorisches Museum, Vienne, Autriche
- Page 183 : E. Schiele, « Maternité », 1910, Leopold Museum, Vienne, Autriche
- Page 187 : K. Hokusai, « Ono no Komachi », 1809-1813, Tsuwano, Katsushika Hokusai Museum of Art
- Page 194 : Rembrandt ou élève, « Vénus et cupidon », 1640, Musée du Louvre, Paris
- Page 199 : F. Botero, El baño, collection privée
- Page 204 : G. de la Tour, « La Madeleine à la veilleuse », 1642-1644, Musée du Louvre, Paris
- Page 210 : E. Munch, « La femme en pleur », 1907, Munch Musée, Oslo Norvège
- Page 298 : A. Kiefer, « Lilith am Roten Meer », 1990, Berlin's Museum for contemporary art, Allemagne
- Page 312 : J. Shulz, « Grossesse interrompue », 2012

Résumé

La recherche explore les traces et remaniements du deuil prénatal au cours d'une grossesse suivant une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) pour raison fœtale. Le statut du fœtus/bébé y est triplement complexe : entre humain et non humain sur le plan légal ; objet perceptible mais non directement visible dans la réalité matérielle ; à la fois prolongement narcissique et objet interne – partiel et potentiellement total dans la réalité psychique. Cet extrême paradoxe constitue un défi majeur du travail psychique du deuil prénatal. Selon le contexte culturel et les choix singuliers, maternels et paternels, face à ces possibles, les pratiques autour de sa mort seront différentes et aboutiront à des processus de deuil contrastés. Dans le cas particulier d'une IMG, l'expérience clinique nous invite à envisager deux aspects fondamentaux. D'un côté, la décision prise par la mère avec le choix qui s'impose à elle d'interrompre ou non la grossesse – et par là la vie du fœtus/bébé – interroge d'emblée ses éventuelles traces actualisées de culpabilité. De l'autre, être enceinte d'un fœtus porteur d'une pathologie grave représente pour la femme une blessure narcissique renvoyant au concept de honte. Dans leur articulation avec les processus narcissiques et objectaux, la honte et la culpabilité sont des prismes pertinents pour étudier les spécificités d'une grossesse suivant une IMG au cours de laquelle les liens entre objets internes, objets externes, sujet et groupe sont mis en exergue. Dans ce contexte, trois questions constituent la problématique de cette étude : le mode d'investissement du fœtus/bébé décédé est-il réactualisé par l'investissement du fœtus/bébé de la grossesse actuelle ? La grossesse active-t-elle de manière particulière des traces de honte et de culpabilité que nous nommons pour les singulariser vivances ? De quelle façon ces vivances s'articulent-elles avec les mouvements psychiques de la femme dans les processus de deuil ? **Méthodologie** : cette recherche qualitative se réfère à une méthodologie hypothético-déductive et s'inscrit dans un référentiel psychanalytique. Elle a obtenu l'accord du CPP de l'hôpital Necker du 16 mars 2012 et les participants ont signé des consentements éclairés. La population est constituée de 11 femmes (primipares et multipares) enceintes après avoir vécu une IMG pour raison fœtale après 15 Semaines d'Aménorrhée (SA). Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de ces femmes aux trois trimestres de la grossesse. Elles ont également rempli des auto-questionnaires à chaque temps de la recherche (PAI, PGS, EPDS, STAI, DAS, PCLS). L'analyse des entretiens, audio-enregistrés, croise une observation approfondie de chaque cas avec une analyse de contenu thématique, prenant en compte le vécu subjectif de chaque femme, afin de répondre aux hypothèses de recherche. **Résultats** : les résultats mettent en avant une réactualisation de l'élaboration du processus de deuil au cours de la grossesse suivante. Ils vont dans le sens de la confirmation de la portée heuristique et clinique de l'étude de la honte et de la culpabilité lors d'une grossesse

suivant une IMG. La honte se manifeste chez ces femmes par des vécus de dévoilement et d'exclusion, un sentiment de perte de contrôle, voire de l'emprise, et un vécu d'échec et d'indignité. L'élaboration des vivances de honte est un bon marqueur de la possible résolution des dimensions narcissiques et développementales du processus de deuil. La culpabilité est très présente, en lien avec la pathologie foetale, la décision d'interrompre la grossesse et vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle. Dans ce contexte, la honte et la culpabilité sont à comprendre comme les deux pôles d'un gradient continu. Sur le terrain périnatal, l'articulation sémiologique et psychopathologique de la dialectisation entre honte et culpabilité lors d'une grossesse suivant une IMG, permet de donner des repères cliniquement organisateurs dans le cadre d'une prévention transdisciplinaire médico-psycho-sociale des troubles de la parentalité et des dysharmonies relationnelles précoces.

Mots-clés : Deuil prénatal, interruption médicale de grossesse, grossesse, honte, culpabilité

Abstract

Pregnancy The aim of this research is to explore the traces and updates of prenatal grief during a pregnancy subsequent to a Medical Termination of Pregnancy (MTP). The status of the fetus is triply complex : between human and non-human on a legal dimension; perceptible object but that can't directly be seen in the plan of material reality; both narcissistic extension and internal object - partial and potentially total in psychic reality. This extreme paradox is the major challenge of the psychic process during prenatal bereavement. Depending on the cultural background and singular maternal and paternal choices among those possibilities, the practices surrounding the death of the baby will be different and lead to contrasting grieving processes. In the particular case of MTP, the clinical experience leads us to consider two fundamental aspects. On one hand, the decision taken by the mother with choice that she has to make to interrupt the pregnancy or not - and thereby the fetus/baby's life - questions on possibles feelings of guilt. From the other hand, being pregnant with a fetus with a severe pathology represents a narcissistic injury referring to the concept of shame. Shame and guilt, because of their relationship with narcissistic and object-relation processes seem to be quite relevant to study the specificities of a pregnancy following a MTP. In this context, three main questions constitutes the problematic of this study : Is the investment of the dead fetus/baby updated by the investment of the current fetus/baby? Is the pregnancy activating in a particular way feelings of shame and guilt? What is the articulation of these feelings with the grieving process? **Methodology** : This qualitative research refers to a hypothetical-deductive method and lays on a psychoanalytic background. Our population is composed with 11 women (primiparous and multiparous) pregnant after a MTP for fetal reasons after 15 weeks of amenorrhea (WA). Semi-structured interviews were conducted on the three trimestre of the pregnancy. They also each time completed self-questionnaires (PAI, PGS, EPDS, STAI, DAS, PCLS). The analysis of the interviews, that were recorded, crosses a thorough observation of each case with a thematic content analysis, taking into account the subjective experience of each woman, in order to answer the research hypotheses. **Results** : The results highlight an updating of the grieving process during the following pregnancy. They are in line with the confirmation of the heuristic and clinical significance of the study of shame and guilt in a pregnancy following a MTP. For these women, shame is manifested by a feeling of unveiling and exclusion, loss of control, and an experience of failure and unworthiness. The elaboration of shame is a good marker for possible resolution of narcissistic and developmental dimensions of the grieving process. Guilt is very present, connected with fetal pathology, the decision to terminate the pregnancy and towards the baby of the current pregnancy. Shame and guilt can be understood as the two poles of a continuous gradient. Their study

in the context of a pregnancy following a medically terminated one makes possible to offer pertinent semiological and psychopathological markers in the framework of primary and secondary prevention of troubles in parentality and in early relational dysharmonies.

Key-words : Prenatal grief, medical termination of pregnancy, pregnancy, shame, guilt

Avant-propos

La présente recherche a lieu au sein d'un projet de plus grande envergure dirigé par le Dr B. Beauquier-Maccotta¹, le Dr M-J. Soubieux² et le Pr. S. Missonnier³. M-E. Meriot⁴, D. De Wailly⁵ et moi-même⁶, sommes aujourd'hui rattachées à cette recherche qui s'intitule « Soigner, soulager, revisiter le deuil prénatal et accompagner la famille lors de la grossesse suivante. Quelles traces du prénatal dans le lien à l'enfant puîné? ». Elle se déroule au sein du service du Dr Yves Villes, dans la maternité de l'hôpital Necker-Enfants malades et a été financée par la fondation des services funéraires de la ville de Paris et l'agence de bio-médecine (ABM).

L'approche épistémologique de cette étude est multiple. En premier lieu, c'est la pensée clinique qui a soutenue la construction du protocole par une volonté appuyée d'inclure la recherche dans une pratique quotidienne en périnatalité. Il fallait que cette **recherche-action** ait un sens pour les femmes qui y participaient, non seulement qu'elle ne leur soit pas nocive mais qu'elle leur propose un espace d'expression et d'élaboration. Dans cette perspective, elle est ancrée dans la théorie psychanalytique. La métapsychologie nous ayant permis d'asseoir nos questionnements et d'élaborer les guides d'entretiens. C'est l'approche humaniste, résolument subjective et singulière de l'humain qui nous a porté au cours de cette recherche. Nous avons accueilli chaque patiente dans ce qu'elle avait de plus singulier. Nous avons tenté, par un maniement souple des outils choisis, de ne pas imposer un cadre mais de rendre le dispositif suffisamment contenant pour chacune et chacun. Nous avons répondu au fur et à mesure, à la lumière d'une réflexion groupale, aux questions de cadre qui nous étaient posées (entretiens téléphoniques ou par skype quand la femme ne pouvait plus se déplacer par exemple). Nous avons mis en place les conditions d'une observation clinique rigoureuse.

Parallèlement, il fallait que cette recherche-action et ses résultats puissent être partagés avec les professionnels des maternités et des services funéraires afin de permettre une meilleure prise en charge des couples confrontés à une IMG et en particulier lors de la grossesse suivante. La plupart des études réalisées sur le deuil prénatal sont des études

1. Pédopsychiatre (MD, PhD) - PH dans le service du Pr Bernard Golse - Membre associée du Laboratoire PCPP (EA 4056), Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité.

2. Pédopsychiatre, Psychanalyste, Praticien Hospitalier Centre de psychopathologie périnatale Boulevard Brune.

3. Professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'Université Paris Descartes Sorbonne Paris Cité. Directeur du laboratoire PCPP (EA 4056). Co-président de la WAIMH francophone. Psychanalyste SPP.

4. Pédopsychiatre (MD), PH, HU Strasbourg

5. Psychologue clinicienne, Phd, Necker-Enfants malades

6. Psychologue clinicienne, EPS Ville-Evrard, doctorante Laboratoire PCPP (EA 4056), Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

quantitatives, en psychologie de la santé ou psychiatrie. Un article paru en 2002 (Hughes, et al.) a fait réagir le corps médical concernant les pratiques en vigueur et les rituels entourant la perte du bébé. Aujourd'hui, en France, Il est encouragé de proposer aux parents de voir et de porter le bébé mort afin de favoriser le processus de deuil. Or, cet article, a montré, par une approche uniquement quantitative, que le contact avec l'enfant mort-né est associé à une évolution psychologique moins favorable pour les mères ainsi qu'à un risque augmenté de troubles de l'attachement de l'enfant suivant. La recherche que nous avons menée est donc aussi apparue en réaction à cette publication. Nous voulions voir si nous retrouvions les mêmes résultats, le cas échéant, et en permettre une compréhension plus fine par notre approche qualitative et quantitative.

Nous avons donc mis en place une recherche qui s'inscrit dans une approche complémentariste :

le complémentarisme ne peut advenir qu'à condition de résister à la tentation de faire fonctionner simultanément différents paradigmes (...) le complémentarisme invite le chercheur clinicien à un véritable deuil de la pseudo-solution intégrative, c'est-à-dire le deuil d'une toute puissance infantile cognitive qui permettrait l'emprise sur la totalité, au-delà des spécificités des diverses disciplines. (Missonnier, 2014, p. 44)

Cette démarche nous semble pertinente car elle permet d'avoir un accès pluriel à la compréhension des sujets. Nous avons veillé, autant que faire se peut, à ce que l'utilisation d'outils ne se mette pas défensivement en travers de l'engagement du chercheur dans l'observation des sujets et d'une prise en compte des dynamiques transféro/contre-transférentielles. Cela nous amène à souligner un point de questionnement qui s'est posé au cours de la rédaction de cette thèse sur l'utilisation du « nous » et du « je ». En effet, la prise en compte de mes propres ressentis contre-transférentiels ne pouvait pas être rédigée avec une forme grammaticale plurielle. En même temps, l'ancrage groupal de ce travail rend le « nous » véritablement authentique puisqu'il a été construit et pensé ensemble. J'ai donc décidé d'utiliser majoritairement le « nous » et de réserver le « je » aux passages ne concernant que ma subjectivité propre.

Introduction

Chez l'humain, les processus psychiques de la grossesse ainsi que les connaissances que nous en avons se sont largement modifiés au fil des époques, et sont également très différents d'une culture à l'autre. Les représentations ont changé, en particulier depuis les cinquante dernières années dans les pays industrialisés, avec les avancées de la médecine, l'apparition du diagnostic anténatal et de la contraception. Ce dernier a transformé la vision du vécu de la grossesse et de la venue au monde d'un enfant. Dans le cas de la législation française de 1975, l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG), permet, si on a décelé avant la naissance de l'enfant d'éventuelles maladies ou malformations, d'avoir parfois le choix de donner tout de même la vie ou non. Cette pratique pose de nombreuses questions éthiques, tant du côté des parents que des professionnels. Dans une perspective intersubjective, les représentations et actions des uns ne pouvant se comprendre qu'à la lumière d'un maillage avec celles des autres.

Dans ce contexte, les équipes médicales se retrouvent confrontées à des situations inédites et complexes. En France, environ 7000 IMG ont lieu par an (voir Annexe A), il s'agit donc d'une réelle problématique de santé publique qui nécessite une sensibilisation particulière, à la fois face au drame de l'IMG mais aussi concernant la prise en charge de la grossesse suivante. En effet, pour les femmes et les hommes, les couples, la vie advient de nouveau peu à peu, et une grossesse fait souvent suite à une IMG – pour 86% d'entre elles dans les 18 mois suivant la perte (Cuisinier, et al., 1996). « *Ça me surprend. Cette façon de vivre cette grossesse. C'est très différent des deux premières* » nous dira une femme enceinte après avoir vécu une IMG et déjà mère de deux enfants. Quel est l'impact d'une interruption médicale de grossesse sur la grossesse suivante et sur la relation avec l'enfant puîné ? Le trouble et les questionnements des soignants face aux femmes enceintes après un deuil prénatal nous a fait prendre la mesure de la nécessité d'approfondir nos connaissances et notre compréhension du sujet. En effet, la souffrance parentale face au deuil prénatal a été longtemps déniée par la société et en son sein, les professionnels de santé. Aujourd'hui, par crainte de voir naître un « enfant de remplacement », les soignants s'inquiètent d'entendre les femmes enceintes parler du bébé défunt. Les obstétriciens et les sages-femmes ne savent pas s'il faut évoquer la perte avec les parents au moment de la grossesse suivante, par peur de réactiver leur peine. Cette idée est répandue de façon plus étendue dans la société, comme nous l'avons constaté lorsqu'au moment de présenter notre projet au Comité de Protection de la Personne, celui-ci a d'abord été refusé. Les membres du comité craignaient que la remémoration d'évènements douloureux ne soit délétère pour les femmes enceintes (voir Chapitre 5.2). Notre hypothèse de départ étant à l'inverse que la grossesse suivante pouvait aussi être l'opportunité d'une élaboration créative du deuil si la

femme était soutenue dans ce processus, permettant ainsi une meilleure construction du lien fœtus-bébé/parents.

Il y a très peu de recherches actuelles sur le devenir de l'enfant suivant. Pourtant, si dans la littérature, le concept « *d'enfant de remplacement* » a acquis ses lettres de noblesse, nous n'en retrouvons que rarement les traits chez les enfants que nous recevons dans nos consultations de pédopsychiatrie. Les antécédents de perte prénatale ne sont pas rares chez les mères qui amènent leurs enfants consulter un psychologue ou un pédopsychiatre. Il arrive occasionnellement de se trouver alors face à de véritables troubles identitaires chez « *l'enfant suivant* », mais le plus souvent ce sont plutôt des difficultés de séparation et d'endormissement qui amènent les parents en consultation. Comme l'a noté Soubieux, « *les évolutions pathologiques relatées sont essentiellement celles observées ou analysées par des psychiatres ou des psychanalyste. Il en est d'autres que nous ne connaissons pas et qui mériteraient davantage d'études* » (Soubieux, 2013, p. 157). La recherche que nous menons, en partie présentée dans cette thèse de doctorat, est issue de cette volonté de mieux comprendre le devenir des enfants nés après une IMG et les processus de réélaboration du deuil prénatal à l'occasion d'une nouvelle grossesse, chez des femmes tout-venants dont les enfants ne développeront pas nécessairement une modalité intersubjective psychopathologique. L'étude globale se déroule en cinq temps, trois entretiens avec la femme au cours de la grossesse, puis deux entretiens avec la mère, le père et l'enfant aux trois et 18 mois du bébé (voir Chapitre 5).

Si les travaux sur le deuil prénatal sont assez nombreux dans la littérature française et anglo-saxonne, ceux sur la grossesse qui suit et plus spécifiquement après une IMG sont relativement rares. Pourtant, cette clinique a des particularités au sein de celle plus large du deuil périnatal. La décision qui est prise d'interrompre la grossesse nous est d'emblée apparue comme un élément fondamental de cette spécificité. Le rôle actif des parents et des soignants interroge les processus psychiques inconscients qui sous-tendent le choix et ses conséquences. La culpabilité présente dans ses aspects à la fois organisateurs et traumatiques (Ciccone & Ferrant, 2009), est alors à prendre en compte tant du point de vue des professionnels que du processus de deuil des parents. Pour la femme, la grossesse constitue un temps majeur de remaniements identitaires et identificatoires. Etre enceinte est sacralisé, les femmes « *donnent la vie* », elles accomplissent le « *miracle de la vie* ». Elles diminuent ainsi l'écart entre leur Moi et son idéal en recréant « *l'unité primaire* » entre la mère et l'enfant (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 49). Le diagnostic d'une pathologie fœtale met à mal cette idéalisation entraînant chez la femme des affects de honte qu'il nous semble important d'explorer. Ainsi, trois questions constituent le fil rouge de notre recherche : le mode d'investissement du fœtus/bébé décédé est-il réactualisé par l'investissement du fœtus/bébé de la grossesse actuelle ? La grossesse active-t-elle de manière particulière des traces de honte et de culpabilité que nous nommons pour les singulariser et en authentifier le dynamisme actuel, vivances ? De quelle façon ces vivances s'articulent-elles avec les mouvements psychiques de la femme dans les processus de deuil ?

Pour inaugurer le travail induit par ces interrogations, nous avons abordé la revue de la littérature en trois chapitres. Le Chapitre 1, « *La grossesse, le fœtus, et le bébé* » reprend les théories principales du narcissisme et de la relation d'objet afin de mettre en lumière

les processus psychiques à l'œuvre au cours de la grossesse. Dans le Chapitre 2, « *Le deuil prénatal* », nous revenons sur les théories générales du deuil et explorons ce qu'il y a de spécifique à la situation d'une perte pendant la grossesse. Nous résumons également le cadre socio-légal de l'interruption médicale de grossesse. Enfin, le Chapitre 3, « *Honte et culpabilité* », reprend les principales théories du Surmoi et de l'Idéal du moi afin de mieux saisir ensuite le fonctionnement et l'impact de la honte et de la culpabilité dans le psychisme.

A l'issue de ce cheminement théorique, nous avons formulé une problématique et des hypothèses de recherche (Chapitre 4) et déroulé une méthodologie hypothético-déductive nous permettant de les mettre qualitativement à l'épreuve de la recherche clinique (Chapitre 5). Afin de rester au plus près de la subjectivité de chaque femme nous avons choisi de présenter les résultats en deux parties. Dans la première, nous exposons les études de cas résumant les éléments d'anamnèse ainsi que les principaux résultats pour chaque femme (Chapitre 6). Dans la seconde partie, nous confrontons en détail les hypothèses opérationnelles à une analyse transversale des résultats afin de dégager les lignes communes et les variations individuelles (Chapitre 7).

Par un aller-retour fécond entre théorie et clinique nous discutons nos résultats dans la quatrième partie de cette thèse. Dans le Chapitre 8, il s'agit d'une mise en perspective de la littérature existante au vu des résultats aux hypothèses, et d'un apport de propositions nouvelles. Dans le Chapitre 9, nous mettons en avant les limites de notre étude ainsi que les perspectives qu'elle ouvre à la fois dans les champs de la recherche et du soin.

Première partie

Revue de la littérature

Nous avons abordé la revue de la littérature en trois chapitres. Le Chapitre 1, « La grossesse, le fœtus, et le bébé » reprend les théories principales du narcissisme et de la relation d'objet afin de mettre en lumière les processus psychiques à l'œuvre au cours de la grossesse. Dans le Chapitre 2, « Le deuil prénatal », nous revenons sur les théories générales du deuil et explorons ce qu'il y a de spécifique à la situation d'une perte pendant la grossesse. Nous résumons également le cadre socio-légal de l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Enfin, le Chapitre 3, « Honte et culpabilité », reprend les principales théories du Surmoi et de l'Idéal du moi afin de mieux saisir ensuite le fonctionnement et l'impact de la honte et de la culpabilité dans le psychisme.

Le référentiel principal de cet état de l'art est la métapsychologie. Cependant, une grande partie des travaux sur le deuil prénatal ayant été menés en psychologie de la santé ou en psychiatrie, il nous a semblé important de laisser la place à une possible complémentarité entre les approches épistémologiques, tout en veillant à les différencier.

Chapitre 1

La femme enceinte, le fœtus, le bébé

La grossesse est une expérience psychique et corporelle inédite, même pour les multipares, car chaque grossesse est unique. C'est une expérience bouleversante qui s'inscrit dans une histoire subjective, familiale, sociale et culturelle. La grossesse confronte la femme à sa conflictualité intrapsychique, à son ambivalence, questionne le féminin et le masculin en elle, mobilise un intense travail fantasmatique, remanie le trans et l'intergénérationnel, et met en jeu le corporel dans ses aspects archaïques, jusqu'à la construction primaire du narcissisme.

Au cours de la grossesse, des assises narcissiques suffisamment bonnes vont se travailler pour permettre à une première forme de relation d'objet, la Relation d'Objet Virtuelle (Missonnier, 2004), d'advenir. La femme aura à investir libidinalement son corps et son psychisme enceints avant de pouvoir se tourner de plus en plus vers son bébé en devenir. Ce qui apparaît ici d'emblée comme un processus dit « d'objectalisation » (Bydlowski & Golse, 2001) n'a pas toujours pu être pensé en ces termes. Ainsi, pendant longtemps, l'enfant du dedans n'était pensé que comme un prolongement narcissique de la psyché parentale et une partie du corps de la mère. Cependant, bien que cette conception ait évolué, la description de ce processus ne nous semble pas encore prendre tout à fait en compte la complexité du tuiage des processus intrapsychiques et intersubjectifs en jeu au cours de cette période. Pourtant, afin d'appréhender précisément les mécanismes d'un deuil prénatal et ses remaniements lors d'une grossesse suivante, il nous apparaît fondamental de tendre vers une compréhension la plus fine possible de l'articulation narcissico-objectale de la grossesse.

Dans ce premier chapitre, nous allons nous intéresser à ce processus. Nous allons d'abord proposer une synthèse des principales théories psychanalytiques du narcissisme et de la relation d'objet, pour pouvoir ensuite les interroger en lien avec la grossesse. Ceci nous amènera dans une troisième partie à nous pencher sur les théories psychanalytiques de l'intersubjectivité.

1.1 Le narcissisme, la pulsion et la relation d'objet



Le terme de narcissisme vient du mythe grec bien connu sous sa forme racontée par Ovide dans les *Métamorphoses* (Livre III). Ce mythe raconte l'histoire du fils de la nymphe Liriopé, nymphe azurée de la source, violée par Céphise le dieu-fleuve. Narcisse est un jeune homme si beau que nombre d'hommes, de femmes et de nymphes en sont épris. Or, lui n'aime personne et se joue de tous. Une proposition est faite de le punir et Narcisse tombe alors amoureux de son propre reflet dans l'eau d'une clairière. Son reflet est inatteignable et réalisant enfin que c'est de lui qu'il s'agit mais ne pouvant s'en éloigner, Narcisse dépérit « à la fleur de l'âge » aux côtés de l'eau et se métamorphose en une fleur blanche. Sa mère, à sa mort, se métamorphoserait elle aussi en une fleur qui porte son nom (la Liriopé Muscari qui est de la même famille botanique que le Narcisse). Notons, en plus de cette double métamorphose mère et fils en une fleur, l'utilisation de l'eau comme source de la souffrance

de Narcisse. C'est en effet, dans l'élément constitutif de ses parents que Narcisse voit ce reflet dont il s'éprend et cause sa perte. Il y a donc à la fois dans ce mythe la description d'un trouble psychique conduisant à la mort, mais aussi des éléments concernant la transmission du narcissisme des parents à l'enfant ; « *Cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a trouvé sa sauvegarde en se réfugiant chez l'enfant. L'amour parental, si touchant, et au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que le narcissisme des parents qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, révèle à ne pas s'y tromper son ancienne nature* » (Freud, 1914, p. 235). Par cette introduction mythologique, nous pouvons d'emblée pointer l'importance de la compréhension du narcissisme pour l'étude des phénomènes psychiques en jeu dans la parentalité.

Freud indique que le narcissisme est un terme introduit à la psychiatrie par Ellis en 1898 et Näcke l'année suivante. Il est ensuite repris en psychanalyse en 1908 par Sadger. Ce dernier élargit le narcissisme à un stade du développement normal, alors que Freud le définissait encore comme une « *perversion spéciale* » (Freud, 1909). En 1911, Rank étend le concept à la vanité et l'auto-admiration. C'est cette même année, dans le Cas Schreber, que Freud (1911b) évoque le narcissisme comme le choix du moi en tant qu'objet libidinal et qu'il fait apparaître pour la première fois le narcissisme comme un stade évolutif. Le concept du moi devient central dans la conceptualisation du narcissisme. Il nous semble donc nécessaire de proposer en parallèle une lecture chronologique de la construction du moi et celle de l'évolution de la théorie du narcissisme dans l'œuvre freudienne.

1.1.1 Narcissisme dans la théorie freudienne

Le moi n'a pas existé d'emblée dans la théorie freudienne. Au départ, le « moi » freudien est le « soi » dans le sens de la personne propre, la personnalité dans son ensemble. Ce n'est qu'en 1920, lors de l'avènement de la seconde topique, qu'il acquiert le statut d'instance : « *l'appareil exécutif du psychisme, qui maintient l'équilibre entre les exigences souvent conflictuelles des pulsions instinctuelles [ça], le surmoi et la réalité extérieure* » (Yorke & Hacker, 2014, p. 45). Sa genèse n'est pas claire, et ne sera pas fixe au cours de l'œuvre de Freud : appareil adaptatif prenant source dans le ça au contact de la réalité externe ou produit d'identifications provenant, non de perceptions de la réalité externe, mais des relations avec l'autre, qui par une opération psychique spécifique devient un objet d'amour investi par le ça.

Avant 1900, dans le « *Projet de psychologie scientifique* » le moi se situe dans le système psy (opposé alors au système perceptif w), son rôle est d'empêcher l'hallucination, distinguer ce qui est de l'intérieur et ce qui est de la réalité externe. En 1900, dans « *l'interprétation des rêves* », le moi est un agent défensif de la fonction de censure, il n'est pas encore conçu comme organisation complexe, il ne sert que de barrière à l'inconscient, mais il apparaît déjà comme organisation libidinalement investie dans le désir de dormir.

Entre 1900 et 1914 se déroule une période de tâtonnement par rapport à la notion du moi. Dans « *Les trois essais...* », Freud (1905) établit sa première théorie des pulsions distinguant les pulsions sexuelles, reliées au plaisir et les pulsions du moi ou d'autoconservation, reliées aux fonctions vitales et à la réalité. Le moi prend donc une fonction par rapport au principe de réalité et aux pulsions d'autoconservation : « *Il fait l'épreuve de la réalité par*

l'intermédiaire des pulsions d'autoconservation et tente ensuite d'imposer les normes de la réalité aux pulsions sexuelles » (Laplanche & Pontalis, 1967a, p. 247). Dans le même texte est défini l'auto-érotisme qui renvoie au tout premier stade du développement pulsionnel : Le premier choix de l'enfant est son propre corps investi sous la forme de pulsions partielles dirigées vers les différentes zones érogènes. Dans « Formulation sur les deux principes », Freud (1911a) complexifie le concept de moi en distinguant le moi-plaisir, qui suit le développement des pulsions sexuelles – plus longtemps sous la coupe du principe de plaisir et plus en lien avec les fantasmes – du moi-réalité – qui suit le développement des pulsions du moi, d'autoconservation, plus en lien avec le principe de réalité et l'activité de pensée. Le moi n'est plus alors de seul agent de la barrière intérieur-extérieur mais prend une profondeur en trois dimensions pouvant être sous-divisé. Si nous devançons quelque peu le processus de théorisation freudien, ce qui est nommé ici le moi-plaisir, partie clivée de l'activité psychique qui reste soumise au principe de plaisir, lieu de la « création de fantasmes », sera rebaptisé le ça en 1920.

Freud est confronté au problème du passage de l'auto-érotisme, investissement libidinal des zones érogènes par des pulsions partielles à l'amour d'objet total ou « allo-érotisme ». En 1914, il publie « Pour introduire le narcissisme », concept qui va, entre autre, lui fournir le stade intermédiaire. En effet, dans cet article est décrite la constitution du moi unifié sous l'action du narcissisme. Le moi n'est plus pensé comme étant présent d'emblée dans la vie psychique mais exigeant pour se constituer une « *nouvelle action psychique* ». Le narcissisme s'en trouve définit comme le moi unifié, total, pris comme propre objet d'amour. Il naît donc parallèlement au moi. Freud voit alors le narcissisme non pas comme une perversion mais comme le « *complément libidinal à l'égoïsme de la pulsion d'autoconservation* » (Freud, 1914, p. 218). L'introduction du narcissisme entraîne des remaniements majeurs dans la définition du moi. Le moi n'est ainsi vraiment plus considéré comme l'ensemble du psychisme (comme il l'était avant 1900) mais comme le réservoir de la libido : « *Le moi doit être considéré comme un grand réservoir de libido, d'où la libido est envoyée vers les objets et qui est toujours prêt à absorber de la libido qui reflue à partir des objets* » (Freud, 1923, p. 248).

À ce stade Freud avait distingué au sein des pulsions les pulsions sexuelles et les pulsions du moi (ou d'autoconservation). L'énergie des pulsions sexuelles étant la libido et celle des pulsions du moi, l'intérêt. Dans cet article de 1914, il établit pour la première fois une distinction au sein des pulsions sexuelles entre « libido du moi » ou « libido narcissique » et « libido d'objet » pour différencier les pulsions sexuelles dirigées vers le moi par l'action du narcissisme et celle dirigées vers l'objet par l'action de l'amour d'objet. D'un point de vue économique, Freud conçoit un système de balancement où « *plus l'une consomme, plus l'autre s'appauvrit* » (Freud, 1914, p. 220), ce qui, nous le verrons, pourra être remis en cause par la suite. L'objet est ici l'objet externe et

... Freud garde sans doute à l'esprit qu'il y aurait une certaine contradiction théorique (...) entre l'hypothèse d'un investissement libidinal du moi en tant qu'objet, et l'idée de ce qu'est vraiment « l'objet » dans le psychisme humain, à savoir quelque chose de fondamentalement « hors de soi », comme il le décrit dans les Trois essais (Freud, 1905), et comme Francis Pasche (1965) l'a particulièrement développé, en

liant l'objectalité à l'activité perceptive et à l'anti-narcissisme. (Girard & Kapsambelis, 2014, p. 10)

Dans la distinction entre pulsions du moi et pulsions sexuelles, « *les pulsions du moi émanent du moi et se rapportent à des objets indépendants (par exemple la nourriture); mais le moi peut être objet pour la pulsion sexuelle (libido du moi)* » (Laplanche & Pontalis, 1967d, p. 382). La théorie du choix d'objet dans son ensemble est remaniée par l'introduction du narcissisme. Va en découler la distinction de deux choix d'objet : choix d'objet par étayage – sur le modèle des premiers objets de l'enfant, ceux qui l'ont nourri et soigné – et choix d'objet narcissique – sur le propre modèle du moi (voir Chapitre 1.1.5). Toujours dans le même article, Freud établit une distinction entre le narcissisme primaire et secondaire. À ce moment-là du développement de sa théorie, le narcissisme primaire est une phase développementale, lorsque l'enfant se prend lui-même comme objet d'amour, parallèlement à la formation du moi. À cette époque, cette phase est secondaire à l'auto-érotisme et vient avant l'amour d'objet. Le narcissisme secondaire désigne d'abord des cas extrêmes de régression à un narcissisme primaire où les objets extérieurs sont totalement désinvestis. Il est secondaire car il était à l'origine dirigé vers des objets externes et vient ensuite augmenter le narcissisme primaire préexistant (Yorke & Hacker, 2014).

À l'époque, Freud pensait que le trouble fondamental de la psychose venait de cette retraite de la libido, qui trouvait plus de satisfaction là où elle avait trouvé asile que dans l'aventure de la libido d'objet, sources d'autres satisfactions mais aussi de combien de déceptions, de menaces, d'incertitude. (Green, 1983, p. 10)

Cependant, le narcissisme secondaire pour Freud n'est pas qu'un cas extrême, il se retrouve dans la vie psychique courante dans la balance énergétique entre les investissements du moi et les investissements d'objet et aussi dans l'idéal du moi, une formation narcissique qui n'est jamais abandonnée. En effet, dans cet article est également introduit le concept d'un idéal du moi, comme une issue « *à l'enfermement narcissique originnaire qui se met au service du développement du moi plutôt que de s'opposer à lui* » (Athanassiou-Popesco, 2003, p. 50) (voir Chapitre 3.1.4). En 1915c, dans « Deuil et Mélancolie », Freud modifie la notion de moi. Aux identifications secondaires qui le constituent, s'ajoutent, à un stade plus archaïque, des incorporations orales. Des parties du moi peuvent s'en séparer par clivage, comme l'instance d'autocritique ou conscience morale qui va juger l'autre partie du moi. « *Ainsi s'affirme l'idée déjà présente dans « Pour introduire le narcissisme » selon laquelle la grande opposition de la libido du moi et de la libido d'objet ne suffit pas à rendre compte de toutes les modalités du retrait narcissique de la libido* » (Laplanche & Pontalis, 1967a, p. 249). Se constitue alors tout un système du moi complexe composé des instances moi idéal, surmoi, idéal du moi, objets potentiels de la libido narcissique.

En 1920, avec « Au-delà du principe de plaisir », Freud marque un tournant dans la métapsychologie en introduisant la seconde topique. La conscience (d'abord rattachée au système perceptif w, puis au Pcs) est maintenant le « noyau du moi » ; les fonctions du Pcs sont contenues dans le moi ; Le moi est en grande partie inconscient et a des mécanismes de défense d'allure primaire (compulsion, répétition, déréalisation) ; le moi est un médiateur entre le surmoi, le ça et la réalité. Il est aussi « *le réservoir véritable et originel de la libido, qui doit partir de là avant d'être étendue à l'objet* » (Freud, 1920, p. 325). Dans

cet article, Freud élabore également la troisième théorie des pulsions en distinguant les pulsions de vie (Éros), qui agissent par des processus de liaison, des pulsions de mort qui tentent de retrouver l'état inorganique initial par des processus de déliaison. Les pulsions de vie cherchent à « *pousser l'une vers l'autre et à maintenir en cohésion les parties de la substance vivante* (note de bas de page 335) et les pulsions sexuelles sont alors la partie d'Éros tournée vers l'objet, tandis que les pulsions du moi sont la partie d'Éros tournée vers le système du moi.

Dès 1914, l'opposition libido du moi – libido d'objet va rapidement amoindrir l'intérêt de la dualité pulsions du moi – pulsions sexuelles « *si nous posions, au fondement, une énergie psychique unitaire, cela n'épargnerait-il pas toutes les difficultés qu'il y a à séparer une énergie des pulsions du moi et une libido du moi, une libido du moi et une libido d'objet ?* » (Freud, 1914, p. 220-221). En effet, dans de nombreuses situations (maladie, sommeil, hypocondrie) la libido du moi et les pulsions du moi sont indifférenciables, indique Freud. En 1920, avec l'introduction du dualisme pulsions de vie – pulsions de mort Freud entérine cette indifférenciation. L'autoconservation sera finalement vue par Freud comme l'amour de soi, donc la libido du moi. Sur le concept de « pulsions du moi », une note dans l'article de 1920, ajoutée en 1921 résume le parcours de l'auteur sur cette idée :

À l'origine nous appelions ainsi toutes les directions pulsionnelles, connues de nous approximativement, qui peuvent se démarquer des pulsions sexuelles dirigées vers l'objet et nous mettions les pulsions du moi en opposition avec les pulsions sexuelles dont l'expression est la libido. Plus tard, nous nous rapprochâmes de l'analyse du moi et reconnûmes qu'une partie des « pulsions du moi » est elle aussi de nature libidinale et a pris le moi propre pour objet. Il fallait donc mettre désormais les pulsions d'autoconservation narcissiques au nombre des pulsions sexuelles libidinales. L'opposition entre pulsions du moi et pulsions sexuelles se transformait en l'opposition entre pulsions du moi et pulsions d'objet, les unes et les autres de nature libidinale. Mais à la place de la première opposition en apparut une nouvelle, entre les pulsions libidinales (pulsions du moi et d'objet) et d'autres pulsions dont il faut poser l'existence dans le moi et qu'il faut peut-être reconnaître dans les pulsions de destruction. La spéculation transmue cette opposition en celle des pulsions de vie (Éros) et des pulsions de mort. (Freud, 1920, p. 335)

Enfin, après l'élaboration de la seconde topique, le narcissisme primaire se voit défini comme le premier état de la vie, état anobjectal, « *processus auxquels nous avons donné le nom de narcissiques, parce qu'ils sont caractérisés par le fait que la satisfaction de besoins et de désirs est recherchée et obtenue par l'individu en dehors et indépendamment de l'influence d'autres personnes* » (Freud, 1921, p. 7). La vie intra-utérine est pour Freud le paroxysme de cet état :

La naissance représente le passage d'un narcissisme se suffisant à lui-même à la perception d'un monde extérieur variable et à la première découverte d'objets ; il résulte de cette transition trop radicale que nous ne sommes pas capables de supporter pendant longtemps le nouvel état créé par la naissance, que nous nous en évadons périodiquement, pour retrouver dans le sommeil notre état antérieur d'impassibilité et d'isolement du monde extérieur. (Freud, 1921, p. 60-61)

Cette notion a fait beaucoup débat, ses définitions dans la littérature post-freudienne sont variables et certains auteurs vont même jusqu'à en nier l'existence, comme Klein.

Freud publie en 1923 « Le moi et le ça ». Il y appuie l'idée d'un moi divisé en des parties conscientes et des parts inconscientes : Le moi conscient est un moi corps, il est la projection psychique de la surface du corps, construit par les perceptions à cette surface. Mais « *il nous faut dire : non seulement le plus profond, mais aussi le plus élevé chez le moi peut être inconscient* » (Freud, 1923, p. 271). Par ailleurs, la constitution du moi et ses modifications se voient complexifiées. En effet, d'une part le moi est « *la part modifiée du ça sous l'influence du système de perception, le représentant du monde extérieur réel dans l'anémique* » (Freud, 1923, p. 272). Par ailleurs, après avoir compris dans « Deuil et Mélancolie » le processus d'introjection par le moi de l'objet perdu puis d'identification à celui-ci, dans l'article présent Freud fait de ce mécanisme celui qui instaure de façon plus générale le caractère du Moi – résultant alors de la sédimentation des investissements d'objet abandonnés : « *La transposition d'un choix d'objet érotique en une modification du moi est aussi une voie par laquelle le moi peut maîtriser le ça et approfondir ses relations avec lui (...). La transposition de libido d'objet en libido narcissique qui se produit ici entraîne manifestement un abandon des buts sexuels, une déssexualisation, donc une sorte de sublimation.* » (Freud, 1923, p. 274). C'est ce que Freud nomme les « *identifications d'objet du Moi* ». Les investissements d'objet sont relayés par des identifications aux objets perdus. Freud conclure que le « *grand réservoir de la libido au sens de l'Introduction du narcissisme (...)* c'est le ça. *La libido, qui afflue vers le moi par les identifications ici décrites, instaure son narcissisme secondaire* » (Freud, 1923, note de bas de page 274). Le narcissisme primaire s'en trouve donc défini de deux façons que Freud ne tranchera pas :

- L'organisation des pulsions partielles du moi en investissement unitaire du moi, unification du monde pulsionnel contemporain de la formation du Moi : moi narcissique comme Un issu de n pulsions partielles – par l'action d'Eros. Le moi est pris comme objet d'amour, d'où le terme de « narcissisme primaire objectal ».
- Freud parle dans « psychologie collective » d'un narcissisme dont la vie intra utérine serait le prototype, un narcissisme anobjectal, le narcissisme primaire absolu, comme expression de la tendance à la réduction des investissements au niveau zéro : expression du principe d'inertie, principe du Nirvâna.

A partir de ce moment-là Freud met de côté le narcissisme, certains diront que c'est du fait du conflit avec Jung, et il n'y a pas eu de nouvelle conceptualisation du narcissisme sous l'angle de la deuxième topique. Le narcissisme perd du terrain et il n'y a plus que la mélancolie qui est décrite comme pathologie narcissique (la schizophrénie et la paranoïa ayant trouvé d'autres étiologies).

1.1.2 L'objet freudien

« *Le concept d'objet est un instrument de compréhension pour l'analyste, une notion qui perdrait sa signification si on l'étudiait comme une entité ayant une existence propre* »

(Kurts & Mijolla, 2005).

L'objet en psychanalyse, définition déjà conflictuelle chez Freud, a donné lieu à de nombreux conflits dans les sociétés de psychanalyse à partir des années 50. Définir ce qu'est l'objet au regard de la relation d'objet, de l'autre, de la chose, de la réalité, du dedans et du dehors s'avère un exercice complexe. Nous proposons une courte synthèse toujours dans l'objectif de mieux saisir ce qu'il en est du processus d'objectalisation de la grossesse. Pour Freud, l'objet est tout ce qui est susceptible d'être investi. Laplanche et Pontalis distinguent trois aspects principaux dans le concept d'Objet :

L'objet de la pulsion. Ce par quoi la pulsion cherche à atteindre son but, pour Freud ce but étant sa satisfaction. Toute pulsion trouve sa source dans une excitation corporelle qui crée l'état de tension (pulsion scopophilique/œil; pulsion d'emprise/musculature; etc.). L'objet de la pulsion sexuelle est contingent, sa seule condition est d'être à même de procurer la satisfaction, et en ce sens il est relativement interchangeable. Cependant, « *l'objet peut se trouver spécifié dans l'histoire du sujet de telle sorte que seul un objet précis ou son substitut, dans lequel se retrouvent les caractères électifs de l'original, sont aptes à procurer la satisfaction; en ce sens les traits de l'objet son éminemment singuliers* » (Laplanche & Pontalis, 1967c, p. 405). Cette relativité de la contingence peut s'expliquer du fait de l'étagage des pulsions sexuelles sur les pulsions d'autoconservation, qui les premières ont indiqué la voie de l'objet mais de façon spécifique car biologiquement nécessaire (faim -> aliment; soif -> boisson; froid -> source de chaleur; procréation -> humain de sexe différent; etc.).

L'objet d'amour (objectalité). Ici l'objet est plus généralement une personne entière mais son statut est difficile à situer. En 1905, dans « Trois essais... », Freud établit une opposition majeure entre la sexualité infantile (auto-érotique, pulsions dites partielles du fait de leur mode de satisfaction, pas d'implication d'objet) de la sexualité post-pubertaire (choix d'objet). Entre 1905 et 1924 l'opposition s'atténue, les stades pré-génitaux de la libido impliquent un mode de relation d'objet original (les pulsions sont alors dites partielles du fait de leur lien avec des objets partiels). Il y a ainsi une distinction importante faite entre objet partiel, « *susceptible de procurer la satisfaction à la pulsion en cause* » (Laplanche & Pontalis, 1967c, p. 292), personne totale ou partie du corps, ou autre et l'objet d'amour qui est essentiellement une personne entière. Freud précise en 1915 (Pulsion et destin des pulsions) que les termes d'amour et de haine ne peuvent être utilisés que pour les relations du moi total aux objets et non de la pulsion à leurs objets. Laplanche et Pontalis mettent l'accent sur la double lecture possible de cette distinction, d'un côté une évolution génétique du développement psychosexuel, avec une intégration progressive des pulsions partielles au sein d'une organisation génitale « *celle-ci étant corrélative d'une prise en considération accrue de l'objet dans la diversité et la richesse de ses qualités, dans son indépendance* » (Laplanche & Pontalis, 1967c, p. 293). D'un autre côté, et c'est leur parti pris, l'idée que l'objet partiel peut être tenu comme pôle irréductible, indépassable de la pulsion sexuelle et que l'objet total a également une implication narcissique puisqu'il est modelé à l'image du moi à partir des pulsions partielles mais n'en constitue pas une synthèse.

L'objet vs sujet (objectivité). L'objet en parallèle du sujet percevant, tout Autre que le sujet, ce terme n'implique pas de choix d'une personne envers une autre, mais la reconnaissance de la différence entre soi et l'Autre. Winnicott distingue « l'objet subjectif », objet des relations primitives au cours desquelles l'enfant n'est pas pas capable de distinguer soi et l'autre, de « *l'objet objectivement perçu* » (Winnicott, 1962).

Dans le processus d'objectalisation de la grossesse, il y a à la fois la différenciation Soi-Autre, la reconnaissance du bébé comme Autre Sujet, et le développement de l'amour porté au bébé dans un choix d'objet d'amour.

1.1.3 Le soi (Self) et le Moi

Un certain nombre d'auteurs se sont intéressés au devenir du narcissisme du point de vue de la constitution de l'idéal du moi et de son rapport au moi, et donc du point de vue de l'estime de soi qui en découle. (...) C'est un aspect du narcissisme irréductible au premier et qui mérite d'être traité séparément. (Athanassiou-Popesco, 2003, p. 90)

Nous allons en partie traiter cet aspect ici. Cependant, la notion de honte faisant appel au concept de l'idéal du moi cet aspect du narcissisme sera plus développé dans le troisième chapitre en lien avec la notion de honte.

1.1.3.1 Hartmann et l'Egopsychologie

Hartmann note que le concept de narcissisme regroupe deux dynamiques d'éléments opposés : à la fois le soi, en tant que personnalité dans son ensemble en réciprocité avec l'Objet et le moi en tant qu'instance en opposition au ça, au surmoi et à la réalité. Il souhaite clarifier ce double mouvement en proposant de parler de narcissisme comme retour de la libido dans le soi et non dans le moi. Ainsi,

En parlant d'investissement du soi, nous n'impliquons pas que cet investissement est situé dans le ça, dans le moi ou dans le surmoi. Cette formulation prend en considération le fait que nous trouvons en réalité le « narcissisme » dans ces trois systèmes psychiques. Mais dans tous ces cas, il y a opposition à l'investissement objectal (et réciprocité avec lui). Ce sera par conséquent un éclaircissement si nous définissons le narcissisme comme l'investissement libidinal non pas du moi, mais du soi (the self). (Hartmann, 1950, p. 352)

Le self est alors la partie du moi qui est en lien avec l'Objet. Le moi instance est réduit à une zone frontière entre la réalité et les pulsions, une aire libre de conflits pouvant neutraliser les pulsions si la réalité n'en entrave pas la maturation. Il a donc principalement une fonction d'adaptation et de régulation. Comme le moi instance a pour fonction de neutraliser les conflits (oral, anal, œdipien, etc.), le développement sain implique qu'il n'y ait plus de conflit et que le moi puisse faire fonctionner librement ses fonctions autonomes primaires (penser, comprendre, parler, apprendre, synthétiser), qui sont des fonctions innée et aconflictuelles (Koch et al., 2009, 53).

1.1.3.2 Le self chez Winnicott

Winnicott (1962) utilise le terme « Moi » pour parler du début de la personne et utilise le terme « Soi » pour parler du moment où l'enfant acquiert une conscience de lui-même. Le soi et la réalité psychique interne sont étroitement liés chez Winnicott : « *Le soi central pourrait être considéré comme le potentiel inné qui vit une continuité d'être et acquiert à sa façon et à son rythme une réalité psychique personnelle et un schéma corporel propre* » (Winnicott, 1960, p. 247). « Psyché », « fantasme », « réalité interne » sont très souvent synonymes dans les écrits de Winnicott. Un des points essentiels de sa théorie est la dépendance du bébé à son environnement, et donc l'impossibilité de décrire un bébé sans décrire celui qui s'en occupe et la relation entre eux.

Pour Winnicott, le développement de l'enfant passe d'un stade de non intégration à l'intégration. Au départ, l'enfant est fragmenté, se constituant en amas anatomique. Le sentiment de continuité d'exister, qui se construit sur la base de soins suffisamment bons, d'un bon *holding* (soutien) permet à l'enfant d'intégrer son moi et d'avoir le sentiment d'être. Si l'intégration est suffisamment solide, la régression à des états de non intégration est transitoirement possible sans angoisse. Winnicott décrit également un processus de « personnalisation », d'installation de la psyché dans le soma, que le bébé peut atteindre grâce au bon *handling*, lorsque « *la personne qui prend soin de l'enfant est capable de s'occuper du bébé et du corps du bébé comme si les deux formaient une unité* » (Winnicott, 1969, p. 89). Chez Winnicott, les premières formes de relation d'objet sont pour le bébé un sentiment de trouvé/créé l'objet qu'il désirait sans le savoir. C'est sur la multiplication d'expériences de trouvé/créé, basées sur la qualité de l'*object-presenting*, que l'enfant pourra construire ses relations d'objet ultérieures dans une continuité entre sa réalité interne et la réalité externe.

1.1.3.3 Le narcissisme chez Grunberger

En 1971, Grunberger publie un ouvrage consacré au narcissisme. En s'appuyant sur les textes freudiens, Grunberger en pointe les lacunes.

D'un point de vue économique, nous l'avons vu, il y a pour Freud l'idée d'une balance entre la libido investie dans le moi et celle « émise » vers l'objet, plus l'une absorbe, plus l'autre s'appauvrit. La libido, qu'elle soit vers l'objet ou dans le moi est toujours d'essence pulsionnelle d'après Freud. Or, c'est là que Grunberger marque une insuffisance théorique :

S'il existe un certain équilibre et un balancement entre l'amour objectal et l'amour narcissique, on observe très souvent que plus l'homme est capable d'investir son propre moi sur un certain mode et plus il dispose de libido pour le monde objectal. (...) Le balancement entre libido objectale et libido narcissique devra donc être envisagé dans une autre perspective, non comme une situation d'équilibre entre narcissisme et libido objectale, mais comme une relation dialectique entre composante pulsionnelle et composante narcissique. (Grunberger, 1971, p. 19-20)

Grunberger postule d'une forme de relation entre le narcissisme et la libido pulsionnelle du sujet, son narcissisme lui permettant ou non d'accepter de son ça une certaine quantité de libido, mesurable alors que le narcissisme ne l'est pas : « *le niveau de charge libidinale (qui est ou non narcissiquement investi) est soumis à des oscillations, alors que le narcissisme*

reste étale » (Grunberger, 1971, p. 21). Il y a donc pour lui une véritable séparation théorique entre narcissisme et pulsionnel. Le narcissisme a sa propre dynamique et ne peut être défini de manière satisfaisante s'il est envisagé dans le cadre pulsionnel, c'est d'après lui la raison de l'oscillation chez Freud de situer le narcissisme d'abord dans le moi puis dans le ça puis de nouveau dans le moi. Cependant, la composante pulsionnelle et la composante narcissique sont étroitement interdépendantes, aboutissant dans leur évolution normale à une indifférenciation. Au niveau clinique, Grunberger constate également un problème quant à la formulation de 1914 du narcissisme comme complément libidinal de l'égoïsme :

Nous observons souvent des situations conflictuelles entre le narcissisme et le moi, dans lesquelles le narcissisme, au lieu de soutenir le moi, s'oppose à lui. Nous constatons souvent que la poursuite d'un idéal narcissique hautement valorisé prévaut sur tous les intérêts égotiques du sujet, ce qui peut aller, à travers une succession systématique d'actes hostiles au moi, jusqu'à sa suppression complète (par la mort). (Grunberger, 1971, p. 21)

Le socle de la théorie de Grunberger va consister à appuyer la forme primitive, fœtale, du narcissisme et d'en faire une instance autonome dans la topique moi-ça-surmoi :

Le narcissisme [est] présent dans l'individu depuis toujours et il [est] nécessaire pour la compréhension satisfaisante du développement psycho-physiologique de l'enfant (et de l'adulte) d'opérer un clivage entre le moi dans son sens Freudien (en tant qu'agence centrale de coordination ou instance) et le facteur narcissique ou le soi. (Grunberger, 1971, p. 33)

Cette instance tend à maintenir, ou rétablir, un état aconflictuel, apulsionnel dans lequel se trouvait l'individu au cours de sa vie fœtale. « *Le fœtus vit dans un état élotionnel [terme anglais qu'il francise] qui constitue une homéostasie parfaite* » (Grunberger, 1971, p. 30), c'est la trace de cet état élotionnel, mégalomaniaque, immortel – « *dont le souvenir d'harmonie suprême et de toute-puissance ne s'effacera jamais* » (Grunberger, 1971, p. 36) – qui va constituer le noyau narcissique, source d'énergie psychique qui restera active jusqu'à la mort. Le narcissisme « *manquant de support somatique spécifique* » ne peut agir qu'au travers des autres instances ce qui tend à la confusion.

Le narcissisme utilise ainsi la libido, mais ne se confond pas avec elle, et c'est ce mouvement narcissisant et valorisant du soi qui charge libidinalement les objets mais aussi le moi lui-même, (...) que nous appelons "investissement narcissique". (...) La libido vient du ça, et le moi – grâce à l'investissement narcissique – peut en quelque sorte en bénéficier. (Grunberger, 1971, p. 41)

Selon Grunberger, la blessure narcissique de ne pouvoir rester dans un état narcissique pur du fait de l'achoppement au réel, ouvre en même temps la voie à la maturation du moi et des pulsions et

... permet au sujet de jouir des satisfactions pulsionnelles que la vie va lui offrir. Mais le régime pulsionnel est au début antagoniste du régime narcissique et il faut qu'un certain nombre de conditions soient réunies pour que le sujet parvienne à retrouver sur un mode nouveau (celui des pulsions) un équivalent de l'état élotionnel prénatal. (Grunberger, 1971, p. 48)

C'est grâce à ce qu'il appelle la confirmation narcissique que l'enfant va saisir dans les attitudes et le regard de sa mère qu'il est un être de valeur, aimé et estimé. À chaque étape de sa maturation pulsionnelle, l'enfant cherchera à rétablir le sentiment de complétude narcissique. Il y a donc à la fois la satisfaction pulsionnelle proprement dite obtenue grâce à l'acte qui réduit la tension et « *l'investissement narcissique de ce même acte qui lui confèrera valeur et dignité, concourant ainsi à l'établissement du sentiment d'estime de soi* » (Dessuant, 1983, p. 87). Par exemple, au stade anal, l'exercice musculaire procure à l'enfant une satisfaction pulsionnelle motrice à laquelle s'ajoute « *la satisfaction narcissique d'avoir un corps propre à accomplir des exploits, qui fonctionne bien et obéit parfaitement* » (Dessuant, 1983, p. 87) et augmente chez l'enfant son sentiment de valeur. C'est cet aspect du narcissisme qui se retrouve lorsqu'une femme est fière de tomber rapidement enceinte, ou qui est mis à mal lorsqu'elle a le sentiment que son corps a mal fonctionné, dans les naissances prématurées par exemple. Bien que Grunberger adhère à l'idée d'un désir, actif la vie durant, de retrouver la complétude de la vie fœtale, pour lui ce désir de retour ne constitue pas l'appui de la pulsion de mort – à laquelle il n'adhère pas – mais est du côté de la vie. Il considère que ce n'est pas équivalent de dire que la recherche de la vie prénatale est une réaction à la crainte des pulsions, que d'appeler « instinct de mort » la peur des pulsions, qui peut aller dans certains cas jusqu'à un désir de mort des pulsions. Il distingue en revanche une agressivité primitive, profonde, cannibalique, vampirique, composante du narcissisme – qu'il nomme « anubienne », en opposant alors Anubis (qui introduit, dans la mythologie égyptienne, au royaume des morts) à Narcisse – d'une agressivité pulsionnelle qui s'adresse aux objets et qui peut se rapprocher de la notion d'emprise (Denis, 2012).

1.1.3.4 Kohut et la Self-psychologie

Pour Kohut, psychanalyste américain, le narcissisme est l'investissement libidinal du self, de tout ce qui constitue ou contribue à constituer le self. Il n'est pas un stade dans l'évolution libidinale mais une ligne de développement (Denis, 2012). Kohut se situe dans la lignée d'Hartmann quant à la distinction Soi-moi. Il adhère également au point de vue de Grunberger sur le narcissisme en tant que force autonome. Face à l'impuissance de la cure classique quant au traitement des pathologies dites « limites », Kohut change de paradigme et s'opposera très fortement à Hartmann. « *Avec Kohut, le self, noyau d'identifications et centre des processus de défense et de résistance, va se séparer davantage encore du moi et devenir autonome au point de fonder une nouvelle métapsychologie* » (Neau, 2009, p. 30). Kohut définit le concept de selfobjet apportant un nouvel élément de réponse à la question des rapports entre objets internes et objets d'amour. Le selfobjet est l'objet qui remplit pour le psychisme de l'enfant la fonction d'assurer la continuité de son self, il y a donc une « relation narcissique » qui n'est pas une relation à une personne mais à la fonction de cette personne qui le fait exister, « relation de selfobjet ». Le caractère archaïque des selfobjets disparaît avec le temps, mais le besoin du self en selfobjets persiste la vie entière. « *Ce qui caractérise la relation avec un « objet » qui a le rôle d'un selfobjet c'est qu'il n'est pas reconnu dans ses qualités spécifiques d'objet distinct, il n'est pas psychologiquement distinct du self mais connu seulement à travers la fonction qu'il remplit* » (Denis,

2012, p. 14). Tandis que les relations objectales impliquent une reconnaissance de l'autre séparé de soi, dans ses qualités, ses défauts et besoins propres et avec qui la relation est marquée de réciprocité. Kohut travaillait avec la clinique des pathologies du narcissisme, définie par un self faible ou carencé par un déficit de selfobjets. « *Le narcissisme ne peut plus être compris comme un retrait libidinal sur le moi, ce n'est pas la cible qui le définira, mais la qualité de l'expérience* » (Oppenheimer, 1996 cité par Neau, 2009, p. 31).

La distinction moi et soi a été très critiquée par les psychanalystes, et très violemment par Lacan. Laplanche et Pontalis pensent que cette distinction n'est pas valable car « *l'articulation de ces deux sens est précisément au cœur de la problématique du moi* » (Laplanche & Pontalis, 1967c, p. 242) et le regroupement qu'effectue Hartmann modifie la substance même du moi-instance. Le moi de l'Ego-psychologie appauvrit finalement la complexité des processus psychiques en voulant tout y intégrer. En effet,

... au lieu de se centrer sur la réalité psychique interne, comme le propose Freud, elle souligne l'impact du monde extérieur sur le développement de l'individu, ce qui l'amène à compléter et parfois transformer la théorisation freudienne du moi (...) [et] à diluer le vif de la découverte analytique – la conflictualité intrapsychique, le sexuel et l'inconscient. (Neau, 2009, p. 29).

Hartmann sera cependant considéré par Anna Freud comme le représentant de l'orthodoxie freudienne.

Bien que la pertinence métapsychologique du concept de self soit contestable, les travaux de Kohut, concède Pontalis, ont permis d'explorer plus finement les troubles narcissiques. En ce qui nous concerne, nous nous demandons si la notion de selfobjet pourrait apporter un élément de réponse la question du statut du fœtus. Enfin, la théorie de Grunberger sur le développement parallèle du narcissisme et du pulsionnel nous apparaît également comme une piste pertinente dans l'étude des représentations du fœtus dans la psyché maternelle au cours de la grossesse (voir Chapitre 1.2).

1.1.4 Narcissisme primaire après Freud

Une seconde voie d'étude du narcissisme s'occupe de « *la quête identitaire, de l'angoisse associée au lien à l'objet* » (Athanassiou-Popesco, 2003, p. 87). Klein abandonne très vite la référence au narcissisme primaire en tant que stade anobjectal du développement puisqu'il y a pour elle un moi précoce et des relations objectales dès le début de la vie psychique. « *Lorsque Melanie Klein évoquera le narcissisme, ce sera en se référant à des états narcissiques constitués par le retrait de la libido sur des objets internes. Elle est proche alors de se référer au narcissisme secondaire* » (Denis, 2012, p. 9).

1.1.4.1 « L'amour primaire » chez Balint

Balint (1952) postule l'existence d'emblée de relations d'objets primaires et émet l'hypothèse d'un amour primaire. Il récuse donc le narcissisme primaire au sens d'un stade anobjectal du développement. Le tout-petit ressent « je dois être aimé et satisfait sans avoir rien à donner en retour » et c'est lorsque les satisfactions venant des objets font défaut que le sujet cherche à s'aimer et se gratifier lui-même pour se satisfaire, se rapprochant alors du concept de narcissisme secondaire. Chez Balint les buts pulsionnels sont

distingués des relations d'objet et la relation d'objet primaire n'est reliée à aucune zone érogène. Cependant, comme le fait remarquer Denis,

...la façon dont il décrit les premières relations du tout-petit à ses objets (...) pourrait être conceptualisé en termes de narcissisme. Cette forme d'amour est en effet fondamentalement égoïste et exige de l'autre un ajustement parfait aux désirs du sujet. Tout écart par rapport à cette exigence d'harmonie complète déclenche angoisse et agressivité. (Denis, 2012, p. 5)

1.1.4.2 « Narcissisme de vie, narcissisme de mort » chez Green

Concernant le narcissisme primaire, Green distingue le narcissisme décrit dans « Pour introduire le narcissisme », qui est le résultat de l'organisation des pulsions partielles du moi en investissement unitaire du moi par l'action d'Eros, du narcissisme primaire « absolu », celui décrit dans « Au-delà du principe de plaisir », comme tendance à la réduction des investissements à un niveau zéro, expression du principe d'inertie, principe du Nirvâna, du « Neutre ». « Freud ne tranchera jamais la question, on pourrait lui proposer une solution dialectique » (Green, 1976, p. 38). Green ne va pas tenter de nier l'existence du narcissisme primaire absolu mais va proposer une dialectisation possible, annoncée par Rosenfeld (1971), des deux conceptions du narcissisme primaire dans la dualité narcissisme de vie / narcissisme de mort :

La mélancolie, pour avoir été maintenue sous la juridiction du narcissisme, était néanmoins décrite comme expression d'une pure culture de la pulsion de mort. Il y a donc une articulation nécessaire à trouver entre le narcissisme et la pulsion de mort, dont Freud ne s'est guère occupé et qu'il nous a laissé soin de découvrir. (...) penser les rapports entre narcissisme et pulsion de mort, ce que j'ai proposé d'appeler le narcissisme négatif. (Green, 1983, p. 12)

Le narcissisme négatif, ou narcissisme de mort est « le double sombre de l'Eros unitaire du narcissisme positif, tout investissement d'objet, comme du moi, impliquant son double inversé qui vise à un retour régressif au point zéro » (Green, 1976, p. 41). Cependant, tout en disant cela, Green ne postule pas de l'existence, à un stade primaire du développement, d'un narcissisme absolu : « Du point de vue de l'infans, l'objet est inclus dans son organisation narcissique : ce que Winnicott appellera à juste titre l'objet subjectif et Kohut le soi-objet. (...) Il n'y a donc pas lieu de nier l'existence du narcissisme primaire au profit de l'amour primaire d'objet ; il s'agit là de visions complémentaires prises de deux points de vue différents » (Green, 1976, p. 51).

Il ajoute à la dualité « Un/Autre la catégorie du Neutre (neuter, ni l'Un, ni l'Autre). » (Green, 1976, p. 42)

Ce que nous devons comprendre, c'est que de la dyade primitive mère-enfant au moi unifié, un ensemble d'opération est intervenu : la séparation des deux termes de cette dyade qui livre l'enfant à l'angoisse de la séparation, la menace de désintégration, et le surmontement de l'Hilflosigkeit par la constitution de l'objet et du moi « narcissisé ». Ce dernier trouve dans l'amour qu'il se porte à lui-même une compensation à la perte d'amour fusionnel, expression de sa relation à un objet consubstantiel. Le narcissisme est donc moins effet de liaison que de re-liaison. Souvent leurrante,

se berçant de l'illusion d'autosuffisance, le moi faisant maintenant couple avec lui-même, à travers son image. (Green, 1976, p. 27)

1.1.4.3 « moi-réalité – moi-narcissique » par Athanassiou-Popesco

Athanassiou-Popesco (2003) livre une autre lecture de l'articulation des différents pôles du narcissisme primaire. Elle reprend la distinction moi-réalité/moi-narcissique et fait du moi-réalité ce qui englobe les autres instances de la seconde topique (moi, ça, surmoi) et les met en lien avec la réalité et les pulsions de vie. Le narcissisme primaire s'oppose chez cet auteur au moi-réalité et s'articule donc avec les pulsions de mort, c'est le moi-narcissique. Dans la lignée de Grunberger, Athanassiou-Popesco « *rattache la formation du pôle narcissique de la personnalité, le moi-narcissique, au passage de l'état fœtal à la sortie de l'utérus maternel* » (Athanassiou-Popesco, 2003, p. 120), en tant que défense permettant au bébé de supporter les changements du milieu qui l'entoure et perdurant la vie durant. Elle relie au moi-narcissique les pulsions de mort, puisqu'à l'inverse de lier les perceptions nouvelles, le moi-narcissique les refuse. Elle place alors le moi-réalité au centre des deux pôles d'attraction que sont « *le monde externe intimement lié au monde de ses pulsions, et le moi-narcissique* » (Athanassiou-Popesco, 2003, p. 123), proposant ainsi une nouvelle topique psychique.

1.1.4.4 Narcissisme primaire et transitionnalité pour Reid

Reid, s'appuyant sur la métapsychologie de Winnicott, propose lui aussi une dialectisation des deux conceptions du narcissisme primaire en le situant dans l'espace de transitionnalité permettant le passage de la dyade à la monade (voir Chapitre 1.3.2.3). La mère, (« cet entour indivis », Pontalis, 1977) est partie intégrante du narcissisme primaire dit « anobjectal », car avant de devenir un objet externe la mère est un espace du psychisme du nourrisson (Brusset, 2006).

L'absence de l'objet dans l'expérience personnelle de l'individu est en même temps présence déterminante de l'objet pour l'observateur extérieur. Au pôle dyadique du narcissisme primaire, il n'y a qu'un seul narcissisme pour deux ; si la rencontre psyché/environnement est suffisamment bonne, l'objet-environnement, ou l'entour indivis facilitera la création d'un pôle monadique où chacun aura son narcissisme propre. Dans ce contexte optimal, le narcissisme primaire possède une structure bipolaire et il existe des mouvements continus d'oscillation entre les deux pôles du narcissisme primaire. (Reid, 2006, p. 1547)

Certains auteurs remettent donc en question l'existence même du narcissisme primaire. Ils sont à l'origine de théories prenant plus en compte l'impact de l'objet réel sur le développement psychique.

1.1.5 La relation d'objet

Certes la psychologie individuelle est réglée sur l'homme individuel et elle s'attache à savoir par quelles voies celui-ci cherche à accéder à la satisfaction de ses motions

pulsionnelles, mais ce faisant, elle se trouve que rarement en mesure de pouvoir faire abstraction des relations de cet individu avec d'autres individus. Dans la vie d'âme de l'individu, l'autre entre en ligne de compte très régulièrement comme modèle, comme objet, comme aide et comme adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi d'emblée, simultanément, psychologie sociale, en ce sens élargi, mais tout à fait légitime. (Freud, 1921, p. 5)

Laplanche et Pontalis (1967d) détaillent l'expression par ses termes. L'objet est ici l'objet tel qu'il est défini par la psychanalyse dans toute sa polysémie. La relation d'objet est à la fois celle qui est établie avec l'objet d'amour, personne totale, sujet autre, relation constituée sur un choix d'objet ; et à la fois un mode de relation établit avec les objets partiels (partie de soi ou de l'autre, vecteur de satisfaction pulsionnelle), au cours du développement psychosexuel (ex : relation d'objet orale, anale, etc.) ou psychopathologique (relation d'objet mélancolique par exemple).



Le terme de *relation* indique la façon dont le sujet constitue ses objets et dont ceux-ci modèlent son activité. Cette idée implique la coconstitution du sujet et de l'objet. Le *d'* indique cette interrelation.

On trouve le terme occasionnellement chez Freud mais il ne fait pas partie de son appareil conceptuel. Pour lui, l'objet libidinal n'est traité que du seul point de vue du sujet et peu de notions se réfèrent à l'extra-psychique, la relation du sujet à l'objet est pensée en terme d'une évolution biologique du sujet en stades. K. Abraham (1924) modifie cette théorie en considérant que les activités du sujet sont modelées par la façon dont il se construit dans une relation à des objets partiels. Les stades biologiques deviennent des positions structurales. Cette idée est reprise par Klein et par Lacan qui veulent se dégager de l'évolutionnisme biologique. Pour eux c'est l'activité fantasmatique qui est modelée selon les types de relations objectales. Après la mort de Freud et la seconde guerre mondiale, et suite aux grandes controverses de la British Psychoanalytical Society, va naître l'école anglaise des relations d'objet, portée notamment par le groupe des Indépendants, qui reste cependant dans une lignée Kleinienne (Balint, Bion, Fairbairn, Winnicott).

1.1.5.1 La relation d'objet en France

Classiquement tel est le raisonnement qui incombe à la relation d'objet :

le sujet essaie d'établir une sorte de compromis entre son monde intérieur et la réalité extérieure, de manière à se procurer le maximum de satisfaction instinctuelle

(ça) en évitant l'angoisse qui résulterait d'un conflit intérieur entre lesdites tendances et les forces inhibitrices inconscientes qu'il porte en lui et qui s'opposent à certaines réalisations instinctuelles (surmoi). C'est le moi qui est chargé de réaliser un compromis entre les pulsions émanées du ça et les interdictions issues du surmoi. Il doit en outre veiller à ce que la résultante de ce compromis soit en harmonie avec les données de la réalité extérieure. (...) Le monde est pour chacun ce qu'il en appréhende en fonction de son propre état intérieur et qu'il s'y meut par rapport à la vision qu'il en a. (Bouvét, 1967, p. 171-172)

Cette définition a amené Bouvét à définir des types de relations d'objet correspondant à chaque stade libidinal (relations d'objet de types oral, sadique anal et génital). Nous voyons que cette définition ne prête que peu d'importance à l'autre en tant que sujet agissant. La relation du sujet avec lui-même et avec les autres est expliquée en référence à la construction d'une réalité interne, ou réalité psychique. « *La relation d'objet est la forme particulière que prend le moi à se lier avec l'image d'un objet localisé en lui* » (Pichon-Rivière cité par Kaës, 1999, p. 86). Le modèle proposé par Bouvét est « *parfaitement conforme à celui de Freud* » (Widlöcher, 2008, p. 50). L'objet interne est conçu comme une copie de l'objet externe servant les besoins de la pulsion :

l'objet significatif n'est qu'un "objet", c'est-à-dire qu'il n'est nécessaire que dans la mesure où il remplit une fonction : que la satisfaction instinctuelle soit obtenue par le sujet usant de l'objet, sans qu'entre en considération le plaisir de l'objet, ses convenances, son besoin, son consentement. (Bouvét, 1967, p. 171)

La représentation est ce qui de l'objet s'inscrit dans le système mnésique, la trace mnésique que Widlöcher qualifie de « *figure inerte* » (Widlöcher, 2008, p. 46) dans cette conception de la relation d'objet où la « *pulsion est la source primaire de l'énergie* ». Bouvét, s'inspirant des théories de la relation d'objet, sans impliquer une révision de la pulsion freudienne en modifie l'équilibre. Lacan s'opposera de façon très virulente à l'article de Bouvét et proposera sa propre conceptualisation de l'objet. Bien que nous reconnaissons l'apport majeur de Lacan dans la pensée psychanalytique, il nous semblerait trop périlleux de nous risquer à n'extraire que des bribes d'un système complexe. Nous décidons donc de ne pas présenter les théories lacaniennes de l'objet dans ce travail.

1.1.5.2 École anglaise des relations d'objet

L'analyse des relations d'objet, dans la lignée des théories de Klein et de Rivière, pose la question des rapports entre appareil psychique et objet externe et s'étend au-delà de l'intrapsychique à l'étude de toutes les formes d'environnement. Cependant, si Klein accordait une détermination décisive à la seule réalité psychique et au statut purement fantasmatique des objets internes, ses successeurs ont accordé une part déterminante au poids de l'environnement (Spitz, Balin, Moheim...) et au rôle structurant des relations d'objet mutuelles des sujets en interrelation (Bion, Winnicott...). Fairbairn (1998) amène à son paroxysme l'importance accordée à l'interrelation soi-extérieur en disant que la pulsion est orientée directement vers l'objet externe, réel. La pulsion est transformée en relation d'objet. L'appareil psychique est devenu intériorisation des relations et le « *modèle pulsionnel* » est devenu « *textitmodèle relationnel* » (Brusset, 2003).

Pour Fairbairn, c'est lors des vicissitudes du lien avec l'objet externe (et dans le cas du petit enfant, il s'agit de la mère) qu'une internalisation s'effectue. Ces objets frustrants et excitants sont ensuite refoulés, en relation avec des parties du moi elles-mêmes refoulées. Un monde interne complexe d'objet s'édifie, retravaillé par l'activité fantasmatique du patient. Fairbairn n'est pas toujours aussi clair, mais c'est l'inadéquation avec le monde extérieur qui crée, à partir du moi unitaire postulé par Fairbairn, un monde interne qui se clive. (Vuailat, 2003, p. 294)

Cette conception de l'objet interne en fait « *un double de l'objet externe* » (Widlöcher, 2008, p. 46), l'autre devient une partie du soi, une sous-organisation dynamique du moi, une structure interne source d'énergie psychique. La théorie de Fairbairn sera critiquée ensuite par Winnicott, Khan et d'autres du fait qu'elle envisage un psychisme trop sophistiqué chez le bébé où le sein serait d'emblée perçu comme objet différencié de lui.

1.1.5.3 Limites des théories de la relation d'objet

Dans les théories de la relation d'objet la source passe au second plan, sa valeur de prototype (déjà reconnue par Freud) s'accroît. Le but de la pulsion apparaît moins comme la satisfaction sexuelle d'une zone donnée, la notion même de but s'efface au profit du terme de relation. L'objet n'est plus ni contingent ni unique car il s'inscrit dans l'histoire du sujet avec un objet typique à chaque mode de relation. Ces théories sont donc très critiquées par un bon nombre de psychanalyste en dehors de l'Angleterre et des États-Unis.

La notion de relation d'objet met l'accent sur la vie relationnelle du sujet, elle risque de conduire certains auteurs à tenir pour principale déterminantes les relations réelles avec l'entourage. C'est là une déviation que refuserait tout psychanalyste pour qui la relation d'objet doit être étudiée essentiellement au niveau fantasmatique, étant bien entendu que les fantasmes peuvent venir modifier l'appréhension du réel et les actions qui s'y rapportent. (Laplanche & Pontalis, 1967b, p. 408)

Bien que nous soyons en accord avec la dérive à laquelle Laplanche et Pontalis mettent en garde, il nous apparaît que face à certains terrains cliniques, leur conception de l'appréhension psychanalytique de la relation d'objet a des limites. Prenons un exemple : Une mère qui aurait des fantasmes de dévoration, qui aurait peur que son bébé ne la dévore en buvant son lait : si le bébé, en fonction de son bagage génétique, constitutionnel, est un bébé glouton il va éveiller en elle ces angoisses, elle va alors craindre de le toucher, avoir des difficultés à le nourrir, les interactions réelles (bien sur avec leur charge fantasmatique et pulsionnelle mais ayant une concrétude réelle dans les soins au bébé) vont contribuer largement à la construction de l'espace psychique de l'enfant. Dans la relation mère-bébé, les fantasmes vont modifier le réel et les actions s'y rapportant mais, à l'inverse, le fantasmatique est lui aussi modulé par le réel, par les éléments concrets de la relation à « l'autre de l'objet » (Kaës, 1993). Plusieurs auteurs dans les vingt dernières années ont critiqué ces postures unilatérales et ont proposé des conceptions théoriques dialectisant la relation d'objet et la vie psychique interne. L'enjeu étant de proposer une topique permettant d'intégrer les différents éléments de la réalité qu'elle soit externe, inter ou intrasubjective (voir Chapitre 1.3).

1.2 La maternité, complexité d'un processus d'objectivation



Nous allons maintenant parcourir les théories existantes sur les processus psychiques à l'œuvre chez une femme enceinte. Au vue des concepts que nous venons de déployer, nous pouvons dire que la grossesse éprouve le narcissisme primaire et secondaire, déploie l'activité pulsionnelle de la femme et met au travail les relations d'objet. C'est donc au travers de ces trois axes que nous allons parcourir la revue de littérature à ce sujet.

Maternité. Racamier (1979) a introduit le terme de « maternité » qu'il définit comme « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* ». Selon Racamier, la maternité constitue une période de reviviscence des expériences pulsionnelles des différents stades de son développement psychosexuel (stade oral, anal, phallique et œdipien), au sein de laquelle de nouvelles intégrations de ces expériences pulsionnelles peuvent survenir. Pour Stoleru et al. (1985), la maternité est l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec son enfant, qu'il soit à l'état de projet, attendu au cours de

la grossesse, ou déjà né. Nous pourrions dire que la maternalité est interne, à l'inverse de la maternité qui est externe. La maternité se définit par la survenue dans la réalité externe de préparatifs en vue de concevoir un enfant, par la survenue d'une grossesse, d'une naissance, puis d'une relation mère-enfant. La maternalité est le corrélat intrapsychique, conscient ou inconscient relié à ces mêmes événements. La maternalité d'une femme est caractérisée par son plus ou moins grand degré d'aspects objectaux et d'aspects narcissiques. Cette distinction apparaît bien dans la façon dont telle femme dira de sa grossesse « je suis enceinte » alors que telle autre dira « j'attends un enfant » (ou la même femme à deux moments différents de sa grossesse). La maternalité est également marquée par des phénomènes de répétition générationnelle qui amènent le sujet à reproduire avec son enfant des comportements ou attitudes que lui-même a perçues chez ses parents lorsqu'il était enfant. Ces phénomènes sont pour une grande part inconscients.

1.2.1 Désirs d'enfant

« *Que le désir d'enfant devienne analysable, et il ne résiste guère à l'unité. C'est même, à l'inverse, la multiplicité de ses figures, des fantasmes qui en soutiennent l'accomplissement comme des entraves qui en empêchent la réalisation, qui est remarquable* (André, 2009, p. 12).

De part le développement de la contraception chimique et la légalisation de l'avortement, le désir d'enfant devient dans notre société « *une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voire programmée* » (Bydlowski, 1998, p. 111). Cependant, malgré la possibilité de planifier les grossesses, l'inconscient est toujours à l'œuvre dans les processus de maternité. Nous pouvons très particulièrement le noter dans les calculs inconscients : « *pour bien des femmes, la date involontairement prévue pour la naissance sera une date non venue du hasard, mais commémorative d'un autre événement du passé* » (Bydlowski, 1998, p. 111). Ainsi, malgré cette programmation possible de la grossesse, nous pouvons toujours soulever la question du désir inconscient d'enfant et des fantasmes qui le sous-tendent.

1.2.1.1 Partition œdipienne du désir d'enfant

En 1914, Freud commence par attribuer le désir des parents concernant l'enfant à celui d'un prolongement narcissique, « His Majesty the Baby », comme ils s'imaginaient eux-mêmes dans leur enfance :

Il accomplira les rêves de souhait que les parents n'ont pas réalisés, il sera un grand homme, un héros à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère. Point le plus épineux du système narcissique, cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a trouvé sa sauvegarde en se réfugiant chez l'enfant. (Freud, 1914, p. 234).

En 1924, il complexifie la résolution du conflit œdipien en le différenciant selon le sexe et attribue alors le désir de maternité à la phase œdipienne. La petite fille prend conscience de la différence des sexes et du fait qu'il lui manque un pénis que les hommes, et en particulier son père, ont. La petite fille, déçue, va se détourner de la mère qui n'a pas su lui donner ce pénis. Cette déception va prendre la forme d'envie : celle du pénis. Elle

va alors se tourner vers le père. Hors, celui-ci ne peut non plus lui procurer le phallus manquant. L'envie de pénis va se transformer en désir compensatoire d'avoir un enfant du père. « *La fille glisse le long d'une équation symbolique du pénis à l'enfant, son complexe d'Œdipe culmine dans le souhait longtemps maintenu d'obtenir du père un enfant comme cadeau, de lui mettre au monde un enfant* » (Freud, 1924, p. 32). Chez la fille, plus qu'une résolution du complexe d'Œdipe, s'exerce un glissement vers le désir d'enfant. Ce qui fait dire à Bydlowski que « *ce qui est désiré est moins un enfant concret que la réalisation du plus vivace des souhaits infantiles* » (Bydlowski, 1998, p. 111). Deutsch (1924), a été la première psychanalyste à s'intéresser vraiment aux processus psychiques en jeu chez la femme, notamment en ce qui concerne la maternité. Bien que ses vues restent très proches de celles de Freud, elle y apporte des nuances et des idées originales (Parat, 2010). Pour elle, le désir de la petite fille est spécifique : incorporer le pénis paternel et en faire un enfant. Le désir d'enfant apparaît alors comme un désir féminin en soi et non comme une compensation du manque de pénis. Le désir de procréer est pour Deutsch une fonction typique de la psyché féminine. C'est un concept biopsychologique central dans l'identité féminine.

Chabert (2009) propose de voir ce désir comme « l'avèrs » de la constitution du surmoi, autre formation psychique issue de la résolution de l'Œdipe :

On pourrait penser qu'à partir de la bisexualité, un double versant s'organise : celui de l'enfant, celui du surmoi, les deux étant potentiellement exclusifs pour les femmes dans la théorie freudienne puisqu'elles seraient, écrit-il, dotées d'un surmoi faible associé à de faibles capacités de sublimation. Ne trouverait-on pas une certaine symétrie dans l'idée que les femmes sont davantage désireuses d'enfant ? (Chabert, 2009, p. 21)

Ainsi, si la formation du surmoi est tributaire à l'éprouvé du renoncement œdipien, le désir d'enfant pourrait l'être également.

1.2.1.2 Le lien à la mère dans le désir d'enfant



Plus tard, Freud met en avant la prévalence des motions sexuelles actives chez la petite fille en phase précœdipienne. La relation débute entre la mère et sa fille sous le primat de la tendresse, la mère représentant l'objet d'amour privilégié du nouveau-né (Freud, 1914). « *Le fait que les filles préfèrent jouer à la poupée (...) est le côté actif de la féminité qui s'extériorise ainsi, et cette préférence de la fille témoigne vraisemblablement de l'exclusivité du lien à la mère avec négligence complète de l'objet-père* »

(Freud, 1931, p. 149). La mère, en lui prodiguant les premiers soins avec tendresse, valorise la petite fille dans son appartenance au sexe féminin et consolide son narcissisme (Bydlowski & Golse, 2001). Freud dit aussi que lorsqu'un petit frère arrive dans la famille, la petite fille désirerait l'avoir fait à la mère. Nous voyons donc qu'il attribue aussi le désir d'avoir un enfant à l'attachement précœdipien envers la mère, comme « *un mouvement résolutif d'un lien qui permet d'ériger l'objet perdu et de maintenir, surtout, la relation à cet objet, narcissiquement investi* » (Chabert, 2009, p. 21). Kestenberg (1956) décrit une phase précœdipienne au cours de laquelle la petite fille prend conscience de sa « *généralité interne* », organisant un désir précoce d'enfant. Ce serait alors la dépression consécutive à la prise de conscience de n'être pas encore capable comme la mère de porter un bébé qui donnerait lieu par la suite à l'envie du pénis, comme formation défensive à la frustration de ses aspirations maternelles.

Chasseguet-Smirgel, suivant la pensée de Ruth Mack Brunswick, pense que « *le désir d'avoir un enfant [chez la femme] est un désir très précoce, antérieur à l'envie du pénis* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 49). Pour Brunswick, ce désir provient de l'envie de posséder ce que la mère toute puissante possède. Alors que pour Chasseguet-Smirgel, « *ce désir contient en fait celui de reconstituer l'unité primaire mère-enfant* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 49). Désir accompagné du fantasme possible de l'escamotage du père pour concevoir un enfant, et donc du complexe d'Œdipe, qui trouve une représentation dans les poupées gigognes.

Bydlowski attribue en partie le désir d'enfant au lien avec la mère précœdipienne, la mère vulnérable d'avant la rivale, « *une mère qui aurait besoin que sa propre fille devienne mère elle-même pour lui donner l'enfant qu'elle ne peut plus avoir* » (Bydlowski, 1998, p. 166). C'est par l'identification à cette « *mère suffisamment faible* » que la femme va pouvoir se reconnaître dans un mythe narcissisant lui permettant de concevoir un enfant. Une mère qui s'est affaiblie par l'enfantement, en ayant subi les conséquences, « *cet enfant je te le dois pour te réparer des outrages du temps* » (Bydlowski, 1998, p. 172). Elle se rapproche ainsi de l'idée freudienne de 1914 de l'enfant comme sauvegarde du narcissisme parental. La vie est un don des mères mais il n'est pas dépourvu d'une attente, celle que les filles continuent à transmettre la vie.

La vie n'est peut-être pas un cadeau gratuit mais porte en soi l'exigence de transmettre ce qui a été donné. Le don de la vie, à la fois promesse d'immortalité et de mort, induirait qu'une dette circule de mère à fille. (...) Par le premier enfant, une femme accomplit son devoir de gratitude à l'égard de sa propre mère. (Bydlowski, 1998, p. 165)

Le désir d'enfant serait alors également dû à cette nécessité de gratitude, accord tacite entre la mère et la fille.

Chabert aborde aussi le désir d'enfant sous l'angle du lien à la mère. Ainsi, chez la petite fille c'est l'absence de pénis qui la fait s'éloigner de sa mère et désirer l'enfant du père, « *ce déplacement peut déjà constituer une trahison de celle-ci aggravée par le désir de prendre sa place auprès du père* » (Chabert, 2009, p. 26). Le risque encouru est la perte de l'amour de la mère, affection pourtant essentielle puisqu'elle assure l'investissement narcissique. L'enfant fantasmatique pourra alors être le représentant de cette trahison envers sa mère,

mais aussi maintenir la pérennité du lien avec elle.

Prises à la fois dans le piège de l'identification et du choix d'objet narcissiques, prises aussi dans le choix d'objet par étayage et l'identification hystérique. Dans ce mouvement s'inscrit une part des désirs d'enfant, prêtés à la mère (si je suis né(e), c'est qu'elle m'a désiré(e), moi), même si le cours des événements psychiques les conduit parfois à considérer qu'elles ont failli à la satisfaction de ce désir, qu'elles ont été insuffisantes pour le combler : fille décevante de n'avoir point de pénis, mère décevante de ne point l'avoir donné, figures en miroir que les désirs d'enfant viennent consoler et réconcilier. (Chabert, 2009, p. 26)

Dans la polysémie des désirs d'enfants s'inscrit également la différenciation marquée entre autre par Pines (1982, 1988) entre désir de grossesse et désir de maternité. Pour certaines femmes, le désir d'un enfant en tant qu'être distinct de soi ne tient aucune place dans leur discours. Le désir de grossesse peut alors être en lien avec le besoin narcissique de la femme de prouver que son corps fonctionne (comme celui de sa mère). Les grossesses « non désirées » adolescentes peuvent en être un exemple. L'absence de l'enfant comme autre dans la psyché de la future mère pourrait aussi être la marque d'un déni de la castration féminine ou, à un niveau plus archaïque, la nostalgie d'une complétude narcissique (Bydlowski, 1998).

1.2.1.3 Le générationnel

L'attente d'un enfant est éminemment reliée aux générations précédentes. Comme nous l'avons explicité précédemment,

... en matière de filiation humaine, une dette de vie inconsciente enchaîne les sujets à leurs parents, à leurs ascendants. Pour les futurs père et mère, la reconnaissance de ce désir de gratitude, de cette dette d'existence est le pivot de l'aptitude à transmettre la vie. (Bydlowski, 1998, p. 69).

Mais au-delà de cette dette de vie, l'enfant sera porteur de l'histoire familiale. Cette histoire familiale se transmet d'une génération à l'autre, confiant à chaque arrivant une mission, un rôle dans cette histoire, c'est ce que Lebovici nomme le « *mandat transgénérationnel* » (1998). Lebovici explique que lors des consultations, les problématiques transgénérationnelles se retrouvent souvent sous trois axes. Premièrement, comme nous l'avons déjà vu, l'enfant, fruit des problématiques œdipiennes, est fantasmé par la mère comme l'enfant qu'elle a eu avec son père. Le bébé est donc souvent l'objet d'un transfert du grand père sur lui de la part de la mère. Nous avons entendu l'histoire racontée par une mère : elle est enceinte de son premier enfant, on dépiste alors un cancer du côlon à un stade très avancé chez son père, qui en mourra. L'enfant naît avec un kyste au même endroit que la tumeur de son grand-père. Deuxièmement, la chambre de l'enfant peut être hantée par des « *fantômes* » (Fraiberg et al., 1975) dont la présence est liée à la biographie des parents, ce sont les secrets de famille. Enfin, la transmission transgénérationnelle s'opère sous forme d'un mythe qui tend à définir l'axe du mandat de vie imposé au descendant, ce sont les romans familiaux. Les représentations maternelles liées au bébé auront donc aussi directement cette dimension générationnelle.

1.2.2 Grossesse et narcissisme

« *Le parent qui projette son narcissisme sur son enfant ne se diminue pas non plus. Dans le cas où il sacrifie son propre moi corporel à son enfant, c'est à son prolongement narcissique qu'il le fait.* » (Grunberger, 1971, p. 20).

Deutsch pointe des sources libidinales prégénitales qui s'expriment, par un jeu entre les motions orales et anales, entre incorporation et expulsion, dans les nausées et vomissements ou dans les envies du début de la grossesse. « *Dans la formidable perturbation de l'économie libidinale qui se produit avec la grossesse, la voie de la régression jadis suivie mène à la recherche de toutes les tendances libidinales jadis abandonnées* » (Deutsch, 1924, p. 79). Il y a à la fois une importante libido narcissique mobilisée sur l'enfant, mais qui s'apaise selon l'auteure lorsque l'enfant se met à bouger, se situant ainsi dans le monde extérieur, génitalisé : « *textiles relations d'objet avec l'enfant et ces relations purement narcissiques, nous le voyons, existent simultanément, et côte à côte ; de plus, même dans la matrice, l'enfant revêt aussi le sens d'un objet extérieur et devient le dépositaire libidinal de divers investissements d'objet* » (Deutsch, 1924, p. 82). L'enfant devient une « *véritable œuvre de sublimation, issue majeure de la créativité féminine* » (Parat, 2010, p. 819). Pour Deutsch, « *la relation mère-enfant représente donc une réalisation complète de l'état primaire dans lequel il n'y avait pas encore la moindre séparation entre la libido du moi et la libido d'objet* » (Deutsch, 1924, p. 82). Cependant Parat note que comme l'enfant représente l'idéal du moi maternel, « *il y a conflit possible avec le moi, car l'enfant reste un objet du monde extérieur sur lequel se jouent tous les conflits d'ambivalence liés aux différentes phases du développement de la libido* » (Parat, 2010, p. 819).

Pour Chasseguet-Smirgel la maternité constitue chez la femme une issue à l'impossibilité d'abolir l'écart entre le moi et l'idéal du fait de la différence des sexes. La maternité lui permettrait alors de « *concilier son désir érotique qui va vers le père, et son désir de retrouver la fusion primitive avec la mère* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 49), en la vivant avec son propre enfant bien que sur un mode beaucoup plus évolué. Elle met cependant en garde contre la pensée que la maternité serait superposable à un retour aux origines. « *Si la grossesse et la maternité font régresser la femme, cette régression contient des résidus œdipiens très importants et des désirs plus évolués s'assouvissent également dans la maternité* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 51)

Selon Leon (1996), la grossesse réalise des ambitions narcissiques cruciales. Tout d'abord, elle favorise le sentiment d'omnipotence, à la fois dans l'acte de créer mais également par le fait de devenir mère empreinte de toute puissance dans l'esprit de l'enfant. La grossesse est également un moment d'affirmation de sa féminité. Enfin, elle sert de « *défense narcissique vitale contre l'angoisse de mort grâce à un sentiment d'immortalité réalisé par la perpétuation biologique dans la prochaine génération* » (Leon, 1996b, p. 171).

Le narcissisme est à voir ici non pas comme une forme primitive de relation d'objet qui ne se retrouverait que dans la psychopathologie mais comme une ligne de développement parallèle, qui n'est jamais vraiment abandonnée et qui est susceptible de changements maturatifs (voir Chapitre 1.1.3.3).

L'étude de la grossesse montre comment l'investissement narcissique d'une mère

dans son enfant à naître est normal, bien que la nature de ce lien narcissique soit plus ou moins adaptative (exactement comme la relation d'objet envers l'enfant en tant que personne séparée). (Leon, 1996b, p. 171)

1.2.2.1 Transparence psychique



Bydlowski conceptualise la « *transparence psychique* » de la grossesse. Elle la définit comme un fonctionnement psychique particulier, propre à la grossesse, qui est caractérisé par un abaissement des résistances habituelles face au refoulé inconscient, marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles. La future mère va se tourner vers des thématiques autocentrées. Des souvenirs refoulés sur sa petite enfance, des angoisses archaïques viennent à la conscience au cours de la grossesse : « *il y a une levée et un réaménagement des refoulements* »

(Bydlowski, 1985, p. 1881). Il y a alors peu de représentations directement liées à l'enfant, la mère va plus volontiers aborder des thématiques sur son histoire et ses propres vécus. Ce phénomène, qui en général est caractéristique d'affections psychiques graves, est chez la femme enceinte une manifestation courante.

Bydlowski explique que le fœtus représente la métaphore de l'objet interne, et que la grossesse est un moment privilégié pour la femme lui permettant de se connaître. Nous pouvons également associer la transparence psychique au concept d'image inconsciente du corps. En effet, Dolto explique que la libido est mobilisée dans une relation actuelle (la mère avec l'enfant dans son ventre) mais que peut alors « *s'en trouvée réveillée, ressuscitée, une image relationnelle archaïque, qui était restée refoulée et qui fait alors retour* » (Dolto, 1984, p. 23). Bydlowski prend comme illustration de nombreux tableaux de la renaissance, représentant ce regard oblique dirigé vers l'intérieur que les peintres ont prêtés à leurs madones.

Missonnier complète la notion de transparence psychique par celle de « *fonctionnement psychique maternel placentaire* », mettant en avant la fusion soi/objet à l'œuvre dans la grossesse que la mère aura à dépasser au profit d'une « *contenance défusionnante* ». La femme aura à renégocier son narcissisme primaire, dont le fœtus est au départ une incarnation en faisant face à des identifications projectives massives caractérisées par la violence de destruction du précieux en soi, l'omnipotence du contrôle avec l'objet, la part perdue du moi et la destruction de prise de conscience (Missonnier, 2009, p. 187).

1.2.2.2 Identifications

Lorsqu'une femme est enceinte, elle doit se confronter au saut de génération. Les parents deviennent grands-parents, et les enfants deviennent parents pour laisser place à la nouvelle génération. Ceci implique donc tout un remaniement de l'identité, mais surtout, des identifications. Remaniement qui par son fait transgressif peut s'avérer trop angoissant. En effet,

... au sein même des identifications au père et à la mère, la notion d'identification à être père ou à être mère est tue, inopportune au regard de ce processus qui valorise davantage et surtout l'"être comme". Supprimer le "comme" reviendrait à supprimer le père ou la mère pour occuper toute leur place. Effroyable magie de la parole! (Chabert, 2009, p. 20)

Comme nous l'avons vu, au cours de la grossesse, la femme va se tourner vers des problématiques infantiles, laissant avec moins de défenses, le refoulé refaire surface. Elle va alors revivre les conflits infantiles des phases précédentes de son développement, et en particulier, des premières relations et identifications avec sa mère. Ceci donne un sens de processus à la grossesse. Bibring parle de « *crise de maturation* » (Bibring, cité par Ammaniti et al., 1999, p. 23). Cette crise a une signification évolutive. La future mère, en revivant les conflits infantiles, va pouvoir les élaborer et les résoudre. Cependant, cette crise peut également être vécue par la femme comme une menace à son intégrité et avoir des conséquences psychopathologiques graves. Cette régression temporaire due à la grossesse permet ainsi à la femme de s'identifier à elle-même enfant et de réaliser, dans le meilleur des cas une maturation et une croissance du soi. Bydlowski souligne : « *pour que sa propre mère devienne un mythe narcissisant de soi-même, il faut pouvoir se la représenter faible, vaincue, perdante, aimée parce que faible, à l'inverse des représentations adolescentes de mère toute-puissante restées actives et indépassables chez bien des femmes infertiles* ». (Bydlowski, 1998, p. 167). C'est par la suite que va intervenir l'idéalisation, nécessaire pour que la femme puisse s'y appuyer. La figure maternelle idéalisée confère à sa mère la place d'être la seule femme à qui la jeune mère pourra confier son enfant sans arrières pensées. Ceci marque parfois une trêve dans les conflits mère-fille pour le temps de la grossesse. La femme enceinte va donc également s'identifier à sa mère idéale. Ammaniti Ammaniti et al. 1999 souligne l'importance de l'identification de la femme avec une « bonne image maternelle ». Cependant, à l'instar de Chabert (2009), nous pouvons nous demander si cette trêve des conflits mère-fille n'est pas un contre-investissement de la représentation inquiétante d'une mère qui disparaîtrait, comme dans de nombreux contes de fée, à la naissance de sa fille. Ainsi, la nécessité de la présence des mères auprès de leurs filles lorsqu'elles accouchent donne, au-delà de l'étayage, une assurance perceptive indispensable de leur non-disparition quand la fille devient mère, comme si l'accession à la place de mère recelait un danger mortel.

La réalisation des désirs d'enfant comprend bien, toujours, cette dimension puissante où la vie l'emporte, entraînant pourtant dans son sillage, le poids de la menace mortifère. Le combat du vif et du mort – entrelacés, comme le dit Pontalis (1977) – pourrait trouver là une figuration essentielle, cachant derrière l'écran d'une naturelle banalité, les enchevêtrements compliqués de l'amour et de la haine, condensant la

double angoisse de la castration et de la mort. (Chabert, 2009, p. 22)

Un troisième type d'identification a lieu au cours de la grossesse, il s'agit de l'identification à l'enfant que Winnicott (1956, 1969) nomme la « *préoccupation maternelle primaire* ». Cet état d'hypersensibilité, « *maladie normale* », permet à la mère de s'ajuster au mieux aux besoins du bébé et à ses états internes. Il s'élabore graduellement atteignant son apogée dans les dernières semaines de grossesse. Certaines femmes ne parviennent pas à atteindre cet état, ou y parviennent avec un enfant mais pas avec un autre. Winnicott explique qu'une femme ayant une trop forte identification masculine aura plus de difficultés à atteindre la préoccupation maternelle primaire.

1.2.3 Pulsionalité au cours de la grossesse

1.2.3.1 Pulsions de vie

Érotisation. Dans « Les trois essais... », Freud notait qu'en embrassant et caressant l'enfant, la mère le prenait comme un substitut de l'objet sexuel. « *Le refoulement protège le plus souvent et la mère et l'enfant de ce "choix d'objet", permettant à la sensualité de se satisfaire sous couvert de la tendresse et des soins* » (André, 2009, p. 13). Ce procédé décrit en post-natal trouve bien sa source déjà au cours de la grossesse. Il y a alors un « *désinvestissement de beaucoup d'objets autrefois investis qui ne concernent pas la grossesse. Celle-ci envahit toutes les pensées de la femme qui ne pense plus à autre chose : elle est érotisée* » (Bianchi-Demicheli, 2004, p. 1). La grossesse est un événement somatique majeur. Elle fait vivre à la femme des sensations corporelles inédites et changeantes, tant à l'intérieur (mouvement fœtaux, douleurs) qu'en surface (peau, odorat). La pulsion a pour Freud sa source dans une excitation corporelle (état de tension), elle est à la frontière du *soma* et de la psyché. Nous pouvons alors dire qu'au cours d'une grossesse a lieu une véritable avalanche de pulsions dont le jeu est visible par exemple dans les mouvements d'auto-caresses sur le ventre. L'afflux pulsionnel de la grossesse peut ainsi déborder certaines femmes créant des vécus majeurs d'angoisse plus ou moins désorganisant.

Reviviscence des relations d'objet partielles. « *Le statut de l'enfant est double, car il est un objet introjecté qui entre dans le moi et l'élargit, mais il est également une partie du monde extérieur par rapport auquel toutes les relations d'objet de la mère sont répétées* » (Parat, 2010, p. 818).

Kestenberg (1956) décrit trois phases durant la grossesse : l'incorporation, la rétention et l'expulsion, qui correspondraient successivement à une régression orale, anale et urétrale. Elle publie ce texte au même moment que Bouvet publie lui aussi un chapitre d'ouvrage consacré à la relation d'objet. Bouvet préside alors la Société Psychanalytique de Paris de laquelle Kestenberg est membre. Bien qu'elle n'y fasse pas référence explicitement il nous semble retrouver dans sa description des différentes phases de la grossesse un rapport avec la théorie de Bouvet concernant les relations d'objet. La grossesse en retrace les différentes étapes : orale, anale et phallique.

L'incorporation se situe de la conception jusqu'aux premiers mouvements fœtaux (approximativement les premiers quatre mois et demi). Durant cette phase, le principal

événement déclencheur d'émotion est le changement physiologique, l'arrivée de maux somatiques. Les changements corporels (gonflement des seins, etc.) vont venir ranimer les fantasmes adolescentes. Au cours de cette phase nous pouvons noter deux réactions : la première consiste à un repli narcissique avec une passivité accrue, la seconde au contraire peut être un épisode de dépression, avec une augmentation de l'activité physique dans le but de nier ce nouveau sentiment de passivité. Les rêves durant cette étape reflètent des sentiments de dépendance, de perte de contrôle et des anxiétés par rapport au bébé anal et sale. Cette phase se termine avec l'acceptation du fœtus et la réaffirmation de l'identité de la future mère.

La rétention est la phase débutant lorsque la mère ne peut plus cacher sa grossesse et qu'elle commence à sentir l'enfant comme une entité. Cette phase est marquée par des tendances régressives anales-sadiques qui s'expriment dans des rêves, fantasmes, habitudes, préoccupations de la saleté, etc. « *La réalité des coups de pieds fœtaux sécurise le moi, permettant ainsi aux fantasmes primitives, autrefois refoulées de refaire aisément surface dans le champ de la conscience* » (1956). C'est durant ce stade que se développent les représentations, aboutissant au maintien d'une attitude maternelle stable à travers la « rétention ».

L'expulsion est la dernière phase de la grossesse, elle prépare la mère à abandonner l'enfant interne pour diriger sa maternalité envers le bébé extérieur. Durant cette phase, la grossesse est souvent vécue comme fatigante et des craintes d'accouchement prématuré apparaissent. Au fur et à mesure que la grossesse avance, nous notons un conflit approche-évitement en ce qui concerne l'accouchement. La défense contre l'angoisse de séparation qu'instaure la naissance se fera plutôt sur un mode de régression orale, déclenchant un signal d'alarme, la peur d'accoucher. Cette période est marquée par une oscillation de l'humeur, la femme est parfois heureuse face à la perspective de rencontrer son bébé, parfois terriblement angoissée face aux risques de l'accouchement pour elle et pour le bébé. L'angoisse persiste malgré des réassurances extérieures, marquant des sentiments de culpabilité. Kestemberg dit que lorsque la mère est capable de laisser aller le bébé interne, « *letting go* », sans perdre le contrôle, elle est alors prête à terminer sa grossesse. C'est l'anticipation de l'expulsion de l'accouchement.

D'autres auteurs reprendront également cette même idée : « *la représentation orale est la source du désir d'incorporation vaginale nécessaire à l'initiation de la grossesse. La représentation anale contribue aux aspects de rétention de la grossesse et, avec les images urétrales, elle sert de modèle pour l'expulsion lors de l'accouchement* » (Abdel-Baki & Poulin, 2004, p. 11-12).

Fonction objectalisante. Dans un texte de 1993, André Green propose l'hypothèse suivante :

la visée essentielle des pulsions de vie est d'assurer une fonction objectalisante. Ceci ne signifie pas seulement que son rôle est de créer une relation à l'objet (interne et externe), mais qu'elle se révèle capable de transformer des structures en objet, même quand l'objet n'est plus directement en cause. Autrement dit, la fonction ob-

jectalisante ne se limite pas aux transformations de l'objet, mais peut faire advenir au rang d'objet ce qui ne possède aucune des qualités, des propriétés et des attributs de l'objet, à condition qu'une seule caractéristique se maintienne dans le travail psychique accompli : l'investissement significatif. (Green, 1993, p. 122)

L'objet est alors distingué de la fonction objectalisante dans laquelle le mécanisme de liaison, couplé ou non de celui de déliaison, entre en jeu. Green émet ici une critique aux théories de la relation d'objet de s'être trop intéressées à l'objet lui-même, ne prenant ainsi pas en compte la fonction d'objectalisation. Cette hypothèse nous semble particulièrement pertinente pour parler du processus d'objectalisation de l'enfant au cours de la grossesse. Bydlowski formule l'hypothèse suivante : « *il y a un hyper-investissement d'un objet psychique nouveau mais faisant partie d'elle-même. Celui-ci envahit le psychisme de la future mère jusqu'à la naissance. Aucune réalité, même le corps du bébé, ne pourra limiter cet investissement* » (Bydlowski, 1985, p. 1881). Avec cette hypothèse, l'auteure place le lien moi-objet du côté de l'intrapsychique (nous verrons plus loin que l'objet dans la grossesse peut aussi être compris du point de vue des théories des relations d'objet). Cette hypothèse se situe donc bien du côté de la fonction objectalisante. En effet, la notion de la transformation de pulsions et de désirs en un objet psychique nous semble éclairante face à la difficulté de saisir le processus de naissance d'un objet si particulier pour la mère, qui est à la fois interne et externe : « *la relation aux objets (...) devrait concerner la capacité du monde intérieur à créer des objets, à partir des pulsions, pour contribuer à la complexité des possessions investies du psychisme* » (Green, 2005, p. 1139). Il y a donc au cours de la grossesse une activité intense de création d'objets nouveaux, l'expérience de grossesse pouvant être, elle aussi, pensée comme un objet interne.

1.2.3.2 Pulsions de mort

Si les pulsions de vie sont pleinement à l'œuvre au cours de la grossesse, le sont aussi les pulsions de mort. Tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état inorganique, la pulsion de mort a été décrite par Freud dans « Au-delà du principe de plaisir ». Elle est le corolaire de la pulsion de vie et s'exprime au travers des pulsions de destruction et d'emprise. Cette notion nous semble particulièrement importante pour comprendre le traitement psychique de certains accidents de la grossesse. Nous souhaitons ici d'emblée sortir du débat étiologique de ces accidents. En effet, l'humain est un être dont l'hypercomplexité nous prohibe de donner une cause univoque à un problème ¹. C'est du côté du « comment » que nous situons notre propos : comment pouvons-nous le comprendre dans le cadre de la théorie psychanalytique pour permettre aux patientes d'en avoir elles-mêmes une lecture dynamique pouvant prendre sens et éviter ainsi la fixation névrotique, la répétition ? Nous voulons parler ici des différents événements somatiques de la grossesse (vomissements intempestifs, fausses couches précoces, menaces d'accouchement prématurées, morts fœtales *in utero*, etc.). Événements qui par leur tentative ou leur succès de mettre fin à la grossesse, tendent aussi à l'arrêt du déchainement pulsionnel en cours. Leon réagit dans son article majeur de 1996 à l'article publié quelques années avant par Pines (1996). Pour elle, les fausses couches précoces et les IVG sont des marqueurs de

1. Je souhaite remercier Jean-Yves Chagnon pour son éclairage à ce sujet.

l'ambivalence maternelle envers le fœtus. Le fait qu'elle mette sur le même plan ces deux types de perte montre bien à quel point elle part de l'idée d'un vrai choix inconscient. Leon s'insurge contre de telles vues qui risquent, par leur ignorance totale des faits physiopathologiques et leur culpabilisation, d'exclure la psychanalyse des théories de connaissance possibles dans la prise en charge des deuils périnataux. Bien que nous rejoignons Leon sur ses critiques concernant l'absence totale de référence à la littérature existante et des raccourcis interprétatifs trop rapides, il nous paraît nécessaire de pouvoir penser ce qu'il en est des pulsions de mort à l'œuvre au cours d'une grossesse. Bydlowski (1998) a mené une recherche auprès de femmes dans l'après-coup d'une grossesse menée à terme mais achevée de manière dramatique et pour qui l'accouchement a été long et difficile. Il a laissé à la patiente un souvenir traumatique. La grossesse suivante est alors qualifiée de « *grossesse à risque, expression reposant sur l'intuition qu'a l'obstétricien de la répétition possible de l'accident* » (Bydlowski, 1998, p. 38). Elle note chez ces femmes une absence complète d'inquiétude lors du premier accouchement ainsi que la reviviscence au cours de la grossesse actuelle de souvenirs concernant la grossesse antérieure qui peut donc être considérée comme accident traumatisant, donnant lieu à partir du huitième mois de grossesse à des cauchemars, de l'angoisse et une insomnie. Lorsque Freud parle du traumatisme il insiste sur le caractère à la fois somatique et psychique du trauma. Ce double caractère est particulièrement adapté à l'accouchement : « *événement somatique chargé en soi de représentations psychiques* » (Bydlowski, 1998, p. 39). La grossesse qui avait donné lieu à l'accident obstétrical, note Bydlowski, était une grossesse sans rêves, sans appréhension et sans angoisse. Nous pourrions dire sans anticipation. Lors du premier accouchement « *il se produit une brèche dans le refoulement qui va rester latente jusqu'à la grossesse suivante* » (Bydlowski, 1998, p. 41). Elle remarque que l'accouchement devient un traumatisme lorsqu'il est directement relié à la scène primitive et qu'il est empreint de représentations d'inceste et de la violence qui en découle. Il faut alors absolument dépister ce trauma assez tôt dans la grossesse suivante. En effet, Bydlowski souligne que dans les cas où le diagnostic de névrose traumatique n'avait pas été posé, les grossesses se sont à nouveau finies de façon dramatiques. Lorsqu'il a été reconnu il a permis à l'équipe une vigilance obstétricale, conduisant à des césariennes en urgence, mais qui ont pu donner vie à un enfant en bonne santé. Lorsque le diagnostic a été fait suffisamment tôt, et qu'une collaboration solide s'est nouée entre l'équipe psychiatrique et l'équipe médicale tout au long de la grossesse, celles-ci se sont terminées à terme par des accouchements naturels.

1.2.4 Naissance d'une relation d'objet

1.2.4.1 Conception d'un petit d'homme

Au cours d'une grossesse, la femme « fabrique » en son corps un autre humain, un autre comme elle, membre de la même espèce. Un bébé dont elle va avoir à s'occuper de nombreuses années et de façon très intense dans les premiers mois du fait de la spécificité humaine de naître totalement dépendant de l'autre. La grossesse est un temps privilégié permettant à la femme de se préparer à la rencontre de cet être à qui elle aura à consacrer beaucoup d'énergie. Nous pouvons séparer cette anticipation en deux versants, qui s'étaient mutuellement : d'un côté les manifestations physiques de la présence du bébé

en elle et de l'autre les représentations conscientes et inconscientes qu'elle forge sur ce bébé.

L'enfant imaginaire.

L'enfant de la réalité est bien là dans son extrême faiblesse. Mais les inquiétudes qu'il provoque, l'émerveillement qu'il déclenche ramènent vite à l'enfant des fantasmes, à celui de la vie antérieure où interviennent dans le psychisme de la mère ses relations objectives personnelles. (Lebovici, 1983, p. 132)

Une relation entre la mère et l'enfant se crée au cours de la grossesse. Pour certains auteurs, « *cette relation dépend d'avantage du psychisme que du réel* » (Bydlowski, 1985, p. 1881). L'enfant imaginaire dont parle Soulé, est l'enfant dans la tête de la mère et du père. Tout au long du développement libidinal de l'enfant (fille ou garçon), se développe un enfant imaginaire. Celui-ci est façonné par les différentes étapes du développement libidinal. « *L'enfant imaginaire, l'enfant du fantasme "naît" très tôt chez chaque être humain, homme ou femme* » (Soulé, 1985, p. 57). L'oralité ravive l'image de la bonne et de la mauvaise mère, celle-ci se projette sur l'enfant et sur la femme elle-même. L'analité donne au fœtus une valeur de trésor ou de poison dans une fantasmagorie de gestation intestinale. Au stade phallique l'enfant est vécu comme l'équivalent du pénis (Ruffiot in Doron & Parot 1991).

Pour Ben Soussan, « *le Bébé Imaginaire est tout sauf un bébé : il n'est qu'un objet de notre imagination, de nos fantasmes, qui trône à jamais dans le petit musée de nos désirs infantiles et s'assure, au tableau des merveilles de notre narcissisme, une des toutes premières places* » (Ben Soussan, 1999, p. 29). C'est un enfant idéal, parfait dans tous ses paradoxes. C'est l'enfant qui est là pour combler le manque, celui qui vient compléter la femme.

newline Lebovici a travaillé plus en détail sur cette notion d'enfant imaginé. Il a distingué plusieurs formes. Tout d'abord, à un niveau préconscient-conscient, on trouve l'enfant imaginaire. Celui qui résulte du désir de grossesse, c'est à dire le résultat de son désir conscient d'être enceinte et d'être mère. C'est l'enfant dont la mère peut parler, qu'elle imagine avec des caractéristiques physiques et psychiques. Elle prépare sa chambre et ses vêtements. Elle va imaginer son sexe et choisir son prénom. Le choix du prénom « *peut révéler certains éléments du mandat transgénérationnel de son futur enfant* » (Lebovici, 1998, p. 45). Ainsi, c'est l'enfant imaginaire qui est porteur des enjeux générationnels, c'est lui que la mère inscrit dans le lien de filiation. C'est également de cet enfant-là qu'il s'agit dans les problématiques que nous soulevons plus loin à propos de l'échographie. Ensuite, Lebovici parle de l'enfant fantasmagorie qui est le résultat du désir de maternité. Celui-ci est l'héritier des conflits inconscients des parents. « *L'enfant fantasmagorie est l'héritier du désir œdipien inconscient d'avoir un enfant du père et d'être mère comme sa mère* » (Lebovici, 1998, p. 240). La femme, en annonçant à sa propre mère qu'elle va avoir un enfant, lui signifie qu'elle ne sera plus mère elle-même, qu'elle a sauté une génération. Ceci est particulièrement vrai pour le premier enfant. En même temps, son propre père devient le père fantasmagorie du bébé. On comprend ainsi le danger des accidents qui menacent sa santé et sa vie à cette période de la vie de sa fille. L'enfant mythique est porteur

de l'ombre culturelle et passée de la mère et de son système imagoïque. C'est celui sur lequel sa mère peut se décharger projectivement grâce à l'ombre que lui procure sa culture et les mythes dont elle est porteuse. Soulé (1985) insiste sur le fait que le développement de l'enfant dans l'esprit des parents dépend aussi de la capacité maternelle et paternelle de fantasmer sur lui, comme cela se passe par exemple lorsque la mère tricote pendant la grossesse. Ce travail assumerait alors l'importante fonction de solliciter chez la femme une relation avec l'enfant imaginaire, et en même temps avec le corps réel par la fabrication d'un « *utérus de laine extérieur au corps* », fait par la mère pour contenir l'enfant et lui donner toute sa chaleur.

Les représentations maternelles.

Les changements qui ont lieu pendant la grossesse contribuent à des modifications fondamentales dans le monde représentationnel de la femme. Ces changements s'élaborent autour des représentations du futur enfant et du soi en tant que mère. Dans les premiers travaux de Freud (1915b), la représentation est définie comme « *le processus par lequel l'état organique fondamental qui caractérise la pulsion est transformé en expression psychique* » (Bronckart, 1991, p. 627). Ultérieurement, pour le même auteur elle désigne « *les éléments matériels observables auxquels la pulsion se fixe dès que l'appareil psychique se divise, sous l'effet du refoulement originare, en conscient, préconscient, inconscient* » (Bronckart, 1991, p. 627).

Plus tard Sandler et Rosenblatt définissent la représentation mentale comme une sorte de schéma, ou organisation, construit sur la base d'une multitude d'impressions, et donc une structure dans le domaine de l'expérience, des images et des autres phénomènes subjectifs, y compris des sentiments (Ammaniti et al., 1999, p. 15). Plus spécifiquement dans le champ de la grossesse, Ammaniti (1991), ajoute que les représentations sont organisées à travers une structure narrative spécifique et qu'elles peuvent fournir des indices sensibles sur la façon dont la femme affronte l'expérience de la grossesse. En effet, pendant la grossesse, la femme construit une image mentale de son enfant, mais, la grossesse engendre également une modification de l'image de soi, et apporte une nouvelle dimension, celle de l'image de soi en tant que mère. La femme va donc également construire une représentation de la relation qui relie l'image de l'enfant et l'image d'elle en tant que mère. « *Grâce à ses représentations elle peut s'identifier aussi bien à un soi maternel qu'à son enfant, se préparant ainsi à devenir parent* » (Ammaniti, 1991, p. 58).

Bibring (1959, 1961 cité par Ammaniti et al., 1999, p. 11) décrit deux phases dans la grossesse : fusion et séparation. Il parle de « *tâches adaptatives* » en lien avec ces étapes. La première tâche, dans la phase de fusion, consiste à accepter le fœtus en tant que partie intégrante de soi. C'est une phase où la mère vit une expérience de fusion avec l'enfant qui va durer jusqu'à l'apparition des mouvements fœtaux. Ceux-ci obligeant la femme à se rendre compte qu'il y a un enfant à l'intérieur de son corps avec ses caractéristiques propres. Cet enfant devient de plus en plus autonome. La seconde tâche, dans la phase de séparation, est celle de réorganiser ses relations objectales et se préparer à la naissance, donc à la séparation d'avec l'enfant qui est en elle.

On note que vers la 36^e semaine de grossesse les mères ont développé des perceptions

stables du tempérament de leur enfant sur la base de leurs fantaisies et émotions. Or ces fantaisies et émotions seraient « construites » systématiquement, selon des règles dérivées des expériences de relation avec leurs propres parents (Zeanah et al., 1986). Les perceptions de l'enfant sont alors, d'après ces auteurs, basées sur une projection de la mère sur cet enfant. D'ailleurs, Bydlowski, dans un travail sur les représentations de l'enfant, montre comment cette projection peut avoir lieu de manière concrète et littérale (Bydlowski, 1998). Elle relève deux aspects : la prénomination et le calcul inconscient. Elle signale le fait que le prénom donné à l'enfant peut être potentiellement porteur de significations méconnues du désir parental. Elle donne l'exemple particulièrement marquant d'une mère endeuillée de sa sœur jumelle, Sonia, qui prénomme sa fille Josianne. Si l'on prend les lettres de ce prénom, on peut facilement reconstruire : Je Sonia, porteur de la symbiose gémellaire perdue. Quant au calcul inconscient, c'est ainsi qu'elle nomme un phénomène qui se répète au-delà de la simple coïncidence : beaucoup de femmes programment involontairement et parfois répétitivement la naissance de leur enfant à des dates significatives pour elles. La date dont il est question n'est pas celle de l'accouchement – soumise à des aléas – mais celle prévue pour la naissance : « on pourrait dire la date assignée à la naissance par le désir » (Bydlowski, 1998, p. 72). Cette date est souvent une date d'anniversaire d'un événement traumatique. Elle donne entre autres l'exemple d'une femme ayant eu deux filles mortes-nées les 22 et 23 octobre à deux ans d'écart. À 42 ans elle fait une grossesse non programmée dont le terme est prévu pour le 20 octobre. Elle se rappelle alors que sa mère a été fusillée à 42 ans le 20 octobre 1944.

Le bébé dans le ventre.

Peu à peu plusieurs facteurs feront advenir ce fœtus à la réalité de la mère : les mouvements fœtaux actifs, la sollicitude et les questions de la part du père et de l'entourage, la signification symbolique favorisée et privilégiée par la valeur socioculturelle, la surveillance médicale et les examens techniques. (Soulé, 1985, p. 58)

Les mouvements fœtaux. Les premiers mouvements fœtaux se font sentir en général autours du quatrième mois de grossesse. Avec leur arrivée, la mère ressent intérieurement la présence physique de l'enfant. Même si certaines femmes peuvent être parfois tentées au début d'associer ces ressentis à des mouvements intestinaux qui leur sont propres, par les déplacements du fœtus, la mère va sentir qu'il y a un bébé en elle, un être vivant, se déplaçant à l'intérieur de son ventre. Les mouvements vont alors pouvoir être pour la femme source de communication avec son bébé, de rêveries et d'identifications projectives (« il bouge énormément, on se dit que ce sera un sportif! » ou « il me tape beaucoup c'est assez désagréable »).

L'échographie. Les différentes échographies vont également permettre à la mère de voir une autre réalité du bébé. La relation ultérieure mère-enfant reposerait sur la capacité de la mère à se représenter mentalement l'enfant qu'elle porte, notamment comme un être distinct d'elle-même et capable d'autonomie. Or, l'échographie propose une représentation de l'enfant à la parturiente, qui de toute façon est différente de sa représentation imaginaire. On trouverait alors ici l'explication de l'étonnement ou de la déception lors de l'examen, « *l'enfant n'est ni plus beau, ni moins beau,*

mais tout simplement différent puisque réel » (Courvoisier & Passini, 1983). Missonnier émet l'hypothèse que « *l'échographie embryo-fœtale se présente comme un rituel initiatique de passage dont la potentialité sera celle d'un organisateur psychique du processus de parentalité* » (Missonnier, 1998, p. 124). Cette potentialité peut aller dans le sens d'une confirmation dynamique du processus de parentalité, devenant même une vraie fonction anticipatrice des modalités interactives de la triade parents-bébés. Mais elle peut induire aussi une « *paralyse psychique* » ou des identifications projectives pathologiques, la contenance parentale étant alors insuffisante face à la résurgence traumatique. « *La levée transitoire des correspondances entre le vu et le perçu (les parents voient avant de sentir à la première échographie), la levée transitoire des correspondances entre dedans et dehors, entre sujet et objet induisent une charge fantasmatique incestueuse qui, en dépit des forces de refoulement, met rudement à l'épreuve les capacités des devenants parents à transformer cette imagerie intracorporelle brute en représentations* » (Vlachopoulou & Missonnier, 2015, p. 72).

Le malentendu fondamental. Missonnier résume ainsi les attentes des parents lors des échographies : Ils cherchent d'abord à être rassurés sur la normalité de l'enfant en devenir – Est ce que tout va bien ? – « *Cette garantie aucun échographiste sérieux ne pourra la donner* » (Missonnier, 2011b, p. 163). La seconde attente est de connaître ou non le sexe du fœtus. Enfin, « *celle de rencontrer visuellement l'enfant* » (Missonnier, 2011b, p. 163). Tandis que les échographistes, eux, réalisent l'examen médical dans le but de déceler des anomalies, dans un cadre médico-légal. Alors que les parents pensent assister à leur première rencontre avec leur bébé, – certains parents veulent que les aînés assistent à l'échographie – l'échographie est en réalité un lieu d'examen médical. C'est ce que Gourand (2011) nomme le « *malentendu fondamental* ». L'échographiste a un rôle très important dans l'impact de l'échographie permettant ou non de la rendre intelligible. Les paroles du médecin en lien avec les images accompagnent les parents dans leur processus de symbolisation. L'inscription de l'image du fœtus se fera dans le système de pensée des parents en fonction de l'expérience échographique : si les images ont pu être commentées et expliquées avec empathie, ou si à l'inverse, elles ont eu un impact traumatique.

1.2.4.2 Processus d'objectalisation

L'état affectif de la mère, ainsi que son organisation psychique évoluent au cours de la grossesse avec deux éléments marquants : l'arrivée des mouvements fœtaux indiquant la réalité physique interne du bébé, ainsi qu'une période précédant l'accouchement au cours de laquelle la mère se prépare à se séparer de son enfant pour le laisser sortir dans un milieu aérien. Pines (1972) décrit quatre stades dans la grossesse et met en avant la relation entre les fantaisies de la femme et les événements somatiques relatifs aux différentes phases de la grossesse. La première phase va de la conception jusqu'à la perception des mouvements fœtaux. Il se produit alors d'importantes modifications de l'image corporelle et de soi. C'est un moment de conflit par rapport à la grossesse et marqué d'ambivalence envers le fœtus. La seconde étape va jusqu'aux dernières phases de la grossesse. Le fœtus est perçu de façon progressivement différenciée et est reconnu comme une entité à part.

On observe alors, de fortes angoisses de perte. Les fantasmes conscientes et inconscientes peuvent être en lien avec les théories sexuelles de la femme durant son enfance. Sur un plan oral l'enfant pourra être un objet dévorant qui va la détruire de l'intérieur. Au stade anal il sera perçu comme un produit fécal qu'il faut expulser. La troisième phase comprend les derniers moments avant l'accouchement, naissent alors de angoisses de malformation ou une préoccupation par rapport à l'accouchement. Enfin, la dernière phase est la période qui suit immédiatement l'accouchement. Celui-ci est souvent vécu comme un événement violent dans lequel apparaissent des peurs de destruction du corps de l'enfant. Breen (1992, cité par Ammaniti, Candelori et Tambelli, 1999, p. 14) dit que ces fantasmes existent non seulement chez la femme, mais aussi chez les personnes qui lui sont proches. Toute la grossesse est caractérisée par le conflit entre destruction et conservation de l'enfant qui a lieu chez la femme et les personnes autour d'elle. La naissance de l'enfant déclenche de terribles angoisses de perte. Ces angoisses sont en lien avec trois types de pertes effectives. La première est la perte de la grossesse qui avait apporté plénitude, bien être, puissance et la réalisation des désirs infantiles envers les parents. La seconde est la perte d'une partie de soi, de l'enfant toujours présent. Enfin, la renonciation à l'enfant fantasmatique en faveur de l'enfant réel qui peut souvent être du sexe non voulu et, de toute façon, différent de l'enfant de la fantasme. À cette perte correspond également celle de ne pas être la mère que l'on avait imaginée. Si la mère ne peut pas faire ce deuil l'enfant devra s'adapter à elle au lieu de l'inverse, pouvant provoquer alors des troubles psychopathologiques graves (Badaracco, 1999).

Ammaniti ne parle pas d'un processus d'objectalisation mais de différenciation : « *au cours de la grossesse, l'image de l'enfant est initialement partie intégrante du soi maternel, et progressivement elle va vers une différenciation, au fur et à mesure que l'enfant donne des signaux de plus en plus consistants de sa présence* » (Ammaniti et al., 1999). Il associe donc l'accès à l'altérité de l'enfant aux mouvements fœtaux. En effet, il est primordial de souligner l'aspect à la fois psychologique mais aussi éminemment physique de la grossesse pour la mère. La grossesse est, comme nous l'avons vu, un temps de retour sur les conflits psychiques infantiles, mais c'est aussi une expérience du corps tout à fait inédite. Le corps de la femme se modifie tout au long des neuf mois, des sensations aussi bien de l'extérieur (accroissement de l'odorat, du goût), que de l'intérieur (douleurs, nausées, mais aussi mouvements du bébé dans son ventre), viennent donner à cette période de la vie un caractère tout à fait particulier. Il nous semble que ce vécu physique permet de ramener la mère à la réalité physique, palpable du bébé créant un appui à l'anticipation de la séparation et de la différenciation. Ammaniti ajoute que le choix du prénom ou des prénoms, les attentes sur le sexe, la préparation des espaces et du trousseau de l'enfant sont des indices de la reconnaissance initiale de l'autonomie de l'enfant. Autrement dit, la préparation d'un espace physique externe vient se substituer peu à peu à l'espace physique interne, à la cavité utérine. Cette rêverie sur le bébé et sur les relations avec lui se constitue donc fortement sur l'appui de la réalité palpable, physique à la fois intérieure et extérieure.

Bydlowski et Golse (2001) traitant de l'objectalisation de l'enfant au cours de la grossesse, distinguent quatre étapes principales dans ce processus. Tout d'abord, la période de trans-

parenté psychique : le bébé n'a pas encore pour la mère le statut d'objet externe. Il a bien un correspondant imaginaire mais il réactive surtout le petit enfant que la mère a été ou croit avoir été. Ensuite, le fœtus commence à revêtir un statut extérieur bien qu'encore inclus dans le corps de la mère (statut de type narcissique). L'attention psychique de la mère tend à se déplacer d'elle-même en tant que contenant pour aller vers son contenu, le fœtus. Puis, après la naissance l'attention psychique de la mère se focalise désormais sur le bébé externe, mais avec lequel la mère est en relation grâce aux traces mnésiques profondément enfouies et massivement réactivées du bébé qu'elle a été elle-même. Cette étape correspond à la préoccupation maternelle primaire décrite par Winnicott. Enfin, plus tard, le bébé sera investi comme un véritable objet externe.

Il y a donc un désinvestissement graduel de « l'objet interne » (le bébé qu'elle a elle-même été ou croit avoir été), qui va vers un investissement de « l'objet externe » (son bébé de chair et d'os). « *Déjà externe psychiquement alors qu'il est encore interne physiquement (PMP prénatale bien pointée par Winnicott), le nouveau-né reste porteur de traces de l'objet interne psychique alors qu'il est désormais externe physiquement (PMP postnatale)* » (Bydlowski & Golse, 2001, p. 32).

1.2.4.3 L'ambivalence, ou l'intégration progressive d'un nouvel objet d'amour

Nous partons ici du concept psychanalytique d'ambivalence. Pour penser le fœtus/bébé comme objet total, l'ambivalence doit pouvoir être portée à son égard par la mère. Or, l'accès à cette ambivalence, et en particulier l'expression et l'élaboration du sentiment de haine, est muselée par le surinvestissement narcissique et le processus d'idéalisation à l'œuvre pendant la grossesse (Sirol, 2001, 2003, 2004). Les menaces d'accouchement prématuré sont un exemple concret d'ambivalence d'investissement du fœtus par manque de contrôle des pulsions agressives (Sirol, 2003). Les nouvelles techniques concrétisent l'ambivalence et peuvent venir renforcer l'agressivité vis-à-vis du fœtus (Soubieux & Soulé, 2005). « *Quand l'objet est source de déplaisir nous ressentons la « répulsion » pour l'objet et nous le haïssons ; cette haine peut s'intensifier jusqu'à devenir un penchant à l'agression contre l'objet, intention de l'anéantir* » (Freud, 1915b, p. 182). Dans l'IMG, cette intention d'anéantissement devient réelle puisqu'elle aboutit à la mort du fœtus.

Nous avons vu que pour Freud, on ne peut parler d'ambivalence que dans le rapport du moi total aux objets et non de la pulsion aux objets. Donc, parler de haine du fœtus équivaut à considérer qu'il y a une relation d'objet totale du moi à l'objet fœtus, qui ne peut pas alors être perçu uniquement comme l'objet de la réactivation de pulsions partielles.

1.3 La grossesse, paradigme d'une troisième topique ?



Regardant en après-coup les différentes théories psychanalytiques de la construction de l'appareil psychique, Houzel s'étonne :

il faut (...) que la libido dès le début de l'existence extra-utérine, soit en mesure d'investir des objets externes. Il est à cet égard surprenant qu'un clivage théorique ait eu tendance à s'installer dans la littérature psychanalytique entre les tenants de la théorie des pulsions et ceux de la théorie de la relation d'objet. La sexualité vise nécessairement un objet. (Houzel, 2003, p. 11)

A ce point de notre déroulé théorique il nous apparaît nécessaire d'intégrer ce que nous avons pu mettre en avant du processus d'objectalisation de la grossesse selon des théories plus classiques à ce qui a été pensé depuis ces vingt dernières années en terme d'articulation entre théorie des pulsion et théories des relations d'objet. Il nous est en effet apparu qu'il semble y avoir pour la théorisation psychanalytique de la grossesse le même processus qu'il y a eu au sein de la théorie psychanalytique. La grossesse, d'abord perçue comme un événement purement narcissique, ne se jouant que dans l'intrapsychique, le fœtus n'existant pas dans la psyché en tant qu'objet externe, commence à pouvoir être pensée au travers d'un prisme différent. Dans ce nouvel angle, le fœtus n'est pas pensé comme un pur objet interne (au sens psychanalytique), il est aussi bien là dans la réalité – certes extrêmement dépendant, parasitaire du corps de la mère, « non-viable » hors de ce corps – mais tout de même réel. Il a donc, comme tout objet externe, des équivalents internes chez la devenant mère, objets internes accessibles par leurs représentations. Il nous est apparu

qu'afin de mieux saisir ce qu'il en est de la relation fœto-maternelle, et des représentations que peut avoir la mère de son fœtus/bébé, il nous fallait aller du côté des théories plus contemporaines de l'intersubjectivité. C'est que ce que nous allons développer dans cette troisième partie.

1.3.1 Intersubjectivité

« *La notion d'intersubjectivité a un double sens. Elle désigne à la fois ce qui sépare, ce qui crée un écart, et ce qui est commun, ce qui articule deux ou plusieurs subjectivités. L'intersubjectivité est à la fois ce qui fait tenir ensemble et ce qui conflictualise les espaces psychiques des sujets en lien* » (Ciccone, 2014, p. 44).

1.3.1.1 Intersubjectivité en psychologie du développement

Si notre inscription épistémologique est majoritairement psychanalytique, il nous semble important de souligner les travaux en psychologie du développement qui ont ces quarante dernières années exploré de façon pertinente l'intersubjectivité chez le bébé. Si la notion d'« *accordage affectif* » (Stern, 1985) est connue et reconnue, les travaux de Trevarthen lui ont précédé. Trevarthen postule de l'existence d'une intersubjectivité innée : « *le nourrisson naît avec une conscience réceptive aux états subjectifs des autres personnes et cherche à interagir avec eux* » (Trevarthen & Aitken, 2003, p. 312). Pour lui, la subjectivité se définit par la capacité du nourrisson à montrer « *qu'il possède les rudiments d'une conscience individuelle et intentionnelle* » (Trevarthen & Aitken, 2003, p. 312), tandis que l'intersubjectivité est sa capacité d'adaptation et d'ajustement de sa subjectivité en fonction de celle des autres. Ces capacités sont selon lui présentes dès 2-3 mois.

1.3.1.2 Intersubjectivité en psychanalyse

Kaës, « appareil psychique groupal » et groupalité psychique

J'appelle travail de l'intersubjectivité le travail psychique de l'Autre ou de plus-d'un-autre dans la psyché du sujet de l'inconscient. Cette proposition a pour corollaire que la constitution intersubjective du sujet (ce que définit le concept de sujet du groupe) impose à la psyché certaines exigences de travail psychique : elle imprime à la formation, aux systèmes, instances et processus de l'appareil psychique, et par conséquent à l'Incs, des contenus et des modes de fonctionnement spécifiques. (Kaës, 1993, p. 293)

Kaës, à la suite de Bion puis d'Anzieu s'intéresse aux groupes. La conception du groupe de Kaës se décline selon deux aspects qui sont également deux espaces psychiques. Le premier aspect du groupe est celui d'une organisation des liens intersubjectifs produisant des formations et des processus psychiques spécifiques (groupe empirique). « *Le groupe intersubjectif est un des lieux de formation de l'inconscient* » (Kaës, 1993, p. 12). Le second aspect est une organisation intrapsychique caractérisée par les liaisons mutuelles entre ses éléments constitutifs et par les fonctions que cette organisation accomplit dans l'appareil psychique (groupe interne). Ces groupes ne sont pas l'introjection pure des

objets et des relations intersubjectives. « *La groupalité psychique est une organisation de la matière psychique* » (Kaës, 1993, p. 12). L'appareillage entre ces deux espaces implique la constitution d'un objet théorique décrit par le concept ou le modèle de l'Appareil Psychique Groupal (APG).

Groupalité psychique et groupes internes. Ce sont « *les formations et les processus à partir desquels la réalité psychique interne peut être articulée avec la réalité psychique propre au groupe* » (Kaës, 1993, p. 127). Ce sont les organisateurs de la réalité psychique du groupe. Dans le champ intrapsychique la groupalité psychique décrit l'organisation et le fonctionnement de l'appareil psychique : associer de la matière psychique, combiner, différencier, organiser en des ensembles variables, mais aussi dissocier ou réduire à une masse compacte et indifférenciée ou agglomérer (Kaës, 1999, p. 113). C'est une activité de groupement/dégroupement de la psyché (et non simple introjection des groupes externes). La conceptualisation du fonctionnement psychique en terme de groupalité n'est pas sans lien avec les théories des relations d'objet (Kaës, 1993, p. 157). La groupalité psychique se différencie selon son niveau d'organisation (originaire, primaire, secondaire, tertiaire). Les groupes internes sont des schémas d'organisation et de représentations actualisés par l'épigénèse ou l'introjection des objets perdus. « *Il peuvent être représentés par le sujet comme des groupes humains ou non humains, animés ou inanimés, vivants, morts ou détruits ; différenciés ou indifférenciés, organisés en scénarios plus ou moins complexes et mobiles, ou se fixer dans des scènes figées et répétitives* » (Kaës, 1993, p. 167). La groupalité psychique peut être abordée sous un angle structural – les éléments sont définis par leur valeur de position corrélative. C'est la configuration de liens entre des éléments psychiques – ou fonctionnels. Fonction de liaison, de représentation et de transformation sur les scènes intra et inter psychiques. Faire bouger les objets « *selon les enjeux de l'action psychique à réaliser, selon les nécessités de la dynamique et de l'économie psychique, notamment sous l'effet des censures à contourner et à respecter* » (Kaës, 1993, p. 131). Les groupes internes ont une fonction articulaire entre le groupe et le sujet (comme la pulsion entre le corps et la psyché par exemple). Les groupes internes ne peuvent se manifester que dans leurs transferts sur et dans l'espace psychanalytique.

L'appareil psychique groupal. La groupalité psychique est ce qui dans l'appareil psychique individuel est groupal. Les processus générés dans l'espace groupal sous l'effet d'un travail psychique intersubjectif constituent l'APG. Il « *rend compte des transformations psychiques dont les groupes sont les instruments, les supports et les résultats* » (Kaës, 1993, p. 173). L'APG a comme caractère principal la médiation et les échanges entre la réalité psychique (intrapsychique, intersubjective et groupale) et la réalité groupale (sociétale et culturelle).

La théorisation de Kaës, en proposant une topique groupale, permet de situer la théorie des relations d'objet dans un champ revenant aux fondements de la psychanalyse avec une prise en compte de la pulsion.

Denis, les deux formants de la pulsion Denis propose de décomposer la pulsion en deux composantes libidinales liées entre elles mais donc aussi décomposables : « *l'investissement en emprise et l'investissement en satisfaction. Nous désignerons ces deux courants*

d'investissement de la libido comme les deux « formants » de la pulsion. Le corollaire de cette proposition est que l'objet sera à la fois objet d'emprise et objet de satisfaction » (Denis, 1997, p. 50). En proposant ces deux formants de la pulsion, Denis propose une métapsychologie qui laisse en son centre le pulsionnel mais y introduit également la place de l'objet dans un rôle supplémentaire que d'être uniquement ce par quoi la pulsion trouve satisfaction. La pulsion n'est donc pas innée mais elle est une « *élaboration fondatrice du psychisme* » (Denis, 1997, p. 11) ou comme le dit Israël qu'il cite « *la version la plus aboutie de la psychisation progressive de l'excitation* ».

« *L'emprise traduit une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est à dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité, la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet, entièrement assimilable* » (Dorey cité par Denis, 1997, p. 23). Denis se décale de cette définition de l'emprise donnée par Dorey en considérant qu'elle est à l'œuvre dans toute relation « *et ne cherche pas tant l'abolition du désir d'autrui que de le réorienter vers le sujet lui-même* » (Denis, 1997, p. 24).

L'idée de Denis est qu'en introduisant le terme d'emprise au centre de la métapsychologie on peut penser autrement les contradictions qui existent entre objet et relation d'objet dans la métapsychologie freudienne – par exemple la contingence de l'objet et à la mélancolie comme perte d'objet. L'introduction de l'emprise permet pour Denis de « *mieux comprendre l'importance respective de ce que l'on désigne trop rapidement comme les "objets externes" et les "objets internes" et leurs rapports réciproques* » (Denis, 1997, p. 12). « *Si Freud ne se réfère pas ailleurs, de façon directe à l'emprise, c'est qu'il a découvert l'importance du moi, du narcissisme, ce qui lui fait mettre au second plan la relation à l'objet extérieur dans sa réalité, et les moyens de celle-ci, pour insister sur le conflit entre le moi et les pulsions* » (Denis, 1997, p. 43). Autrement dit, penser l'emprise dans la métapsychologie est réintroduire la relation à l'objet dans le fonctionnement psychique.

Roussillon, la valeur messagère de la pulsion Roussillon va lui aussi apporter un moyen de dépasser le clivage entre théorie des pulsions et théorie des relations d'objet en parlant de la « *valeur messagère de la pulsion* » au sein d'une « *théorie pulsionnelle de l'intersubjectivité* » (Roussillon, 2008).

J'utilise le terme « intersubjectif » pour penser la question de la rencontre d'un sujet, animé de pulsions et d'une vie psychique inconsciente, avec un objet, qui est aussi un autre-sujet, et qui lui aussi est animé par une vie pulsionnelle dont une partie est inconsciente. Une telle définition me paraît tout à fait essentielle pour souligner la place de l'objet, et de la « réponse » de l'objet aux mouvements pulsionnels du sujet dans le devenir psychique de ceux-ci. (Roussillon, 2004, p. 735)

Il se positionne clairement dans une perspective différente de Stern et du courant « intersubjectiviste » américain¹ mais reconnaît des aspects communs avec la théorie de Trevarthen (1979). Roussillon refuse l'existence d'un narcissisme primaire sans médiation de

1. L'intersubjectivisme est une conception analytique qui s'est développée aux Etats-Unis à partir des années 80, en grande partie en réaction envers l'Ego-Psychologie d'Hartmann et s'inspirant, bien que d'une façon lointaine, de la psychanalyse anglo-saxonne fondée sur la relation d'objet, de Mélanie Klein à Winnicott en passant par Fairbairn et Balint. [Extrait du site internet de la SPP]

l'objet et de penser le déploiement de la pulsion sans prise en compte de la réaction de l'objet. Sortant du débat objet interne objet externe, Roussillon rappelle que chez Freud il y a un constant va et vient entre l'objet de la pulsion et l'objet externe, qui se superposent dans le choix d'objet : « *l'objet "mis à la place de l'idéal du moi" que Freud décrit dans les foules et l'état amoureux en 1921 est autant un objet "interne" qu'un objet interne "transféré" sur un autre-sujet élu comme objet de la pulsion* » (Roussillon, 2004, p. 739). À l'instar de Denis (1997), rappelant la division du trajet pulsionnel décrit par Freud en 1920, Roussillon conclue que la pulsion est à la fois chercheuse de plaisir et chercheuse d'objet, « *elle est chercheuse de plaisir en rapport avec l'objet, dans l'objet et le rapport à celui-ci* » (Roussillon, 2004, p. 739). La position de Roussillon n'exclue pas pour autant le travail plus classique sur l'intrapsychique et les enjeux narcissiques des mouvements pulsionnels : « *La prise en compte de la valeur messagère et intersubjective de la pulsion dans le travail psychanalytique ouvre un niveau d'intelligibilité qui ne fait pas disparaître pour autant l'analyse des composantes plus spécifiquement narcissiques du fonctionnement psychique* » (Roussillon, 2004, p. 744).

1.3.2 Troisième topique

1.3.2.1 Dejours, Inconscient amental et subversion libidinale

Dejours a théorisé une troisième topique reprenant plutôt le modèle de la première topique mais en divisant l'Inconscient en deux parties : Ics refoulé et Ics amental, séparés par une ligne de clivage. Il s'appuie sur les théories de Laplanche, qui à l'inverse de Roussillon, propose que l'origine du sexuel est l'autre, c'est l'adulte qui plante le sexuel dans le corps de l'enfant. L'Ics refoulé est l'inconscient classique de la psychanalyse. Les pulsions, l'expressivité corporelle, nécessaire à l'intersubjectivité se construisent à partir de l'expérience intersubjective du corps à corps avec les parents. C'est dans cette expérience de jeux corporels qu'une partie de l'énergie instinctuelle, corporelle est transformée et utilisée à des fins psychiques. C'est ce qu'il nomme la subversion libidinale : processus de passage du corps biologique, inné, au corps érotique, acquis. Il reste néanmoins un inachèvement et des lacunes du corps érotique, héritières de l'histoire des relations entre l'enfant et ses parents, la capacité des parents à « jouer » avec le corps de l'enfant. Les registres sur lesquels ils ne peuvent pas jouer (soit trop froid, soit trop excitable) laissent des traces durables dans le corps de l'enfant qui entraînent des « *impotences partielles spécifiques à mobiliser le corps au service de l'agir expressif dans l'intersubjectivité* » (Dejours, 2003, p. 27). L'Ics amental est alors « *formé en contre partie de la violence exercée par les parents contre la pensée de l'enfant* » (Dejours, 2003, p. 85). Quand la pensée s'arrête il n'y a pas de refoulement possible. L'Ics amental est une « *réplique au niveau topique des zones du corps exclues de la subversion libidinale et du corps érogène* » (Dejours, 2003, p. 85), il se constitue des zones du corps non colonisées par la libido. Il fonctionne en pensée logique, opératoire, endigué par le conscient. C'est un Ics qui est « non sexuel », « non-refoulé », il ne fonctionne pas comme l'Ics sexuel et le Pcs en terme de représentations et d'associations. La relation intersubjective est risquée car elle peut solliciter ces zones. Des stratégies doivent se mettre en place pour éviter que l'autre ne touche ces zones. Dejours reprend la théorie de Fain sur la zone de sensibilité de l'Ics, zone qui pour lui est un lieu où

la barrière du Cs et du Pcs sont plus fines et où le déni peut être plus facilement levé. « *La violence serait un moyen électif pour empêcher l'autre d'atteindre la zone de sensibilité de l'Ics et de déclencher la pulsion de mort et ses effets (crise amentale). La pulsion de mort ne serait pas primitivement violente* » (Dejours, 2003, p. 181) c'est la tentative de conjuration ou de contrôle de la pulsion de mort qui fait venir la violence. Cette barre de clivage bouge selon la psychopathologie du sujet. Avant la violence, survient la crise somatique, comme une forme de compromis, permettant de ne plus penser. Chez Dejours, contrairement à la théorie de l'école de Psychosomatique, la répression pulsionnelle peut survenir chez tout le monde, sans nécessité d'une structuration psychique spécifique. La théorie de Dejours met au centre de la construction psychique de l'enfant la relation intersubjective. Il prend en compte à la fois la relation parent-enfant dans ses aspects plus comportementaux mais aussi et surtout les effets de la construction Ics des parents sur celle de l'enfant. Par ailleurs, dans sa théorie, le corps est en interrelation directe avec le psychisme par le mécanisme de subversion libidinale.

1.3.2.2 Brusset, topique du lien

Brusset propose une clarification des concepts fondateurs de la métapsychologie des fonctions psychiques dans les cas non névrotiques. Il s'appuie sur la clinique du fonctionnement limite qui se caractérise par « *la fragilité de l'enveloppe narcissique et la dépendance corrélative vis-à-vis des objets, et fondamentalement de l'objet primaire en deçà de sa représentation* » (Brusset, 2013, p. 160). « *L'expérience intrapsychique primitive ne peut se déployer en expérience intrapsychique qu'à certaines conditions de représentation et de symbolisation* » (Brusset, 2006, p. 1218). Les fonctionnements psychiques décrits par Freud se situent au-delà de ces conditions qui restent silencieuses dans la névrose. Dans les situations limites se révèlent les défaillances de ce premier mode de relation à l'autre. La grande question après Freud a été celles des rapports qu'entretiennent l'appareil psychique et l'objet externe. Ces rapports mettent en tension un modèle relationnel – qui a pu mettre en avant soit les événements réels de l'enfance, soit la relation aux fantasmes dont la réalité est niée – et de l'autre un modèle pulsionnel.

La topique de Brusset rend compte des mouvements centripètes et centrifuges de la subjectalisation et de l'objectalisation. Cahn, dans la suite de Winnicott décrit l'origine de la position de sujet dans l'expérience d'omnipotence rendue possible par le holding maternel et dans sa mise en cause. L'utilisation de l'objet externe dément le fantasme de destruction de l'objet subjectif, interne :

la perception corrige la représentation. S'il y a accès à l'altérité de l'objet différencié de soi comme autre sujet situé dans un cadre spatio-temporel extérieur et non comme un reflet, un double un support de réduplication projective il peut être utilisé comme moyen sans remettre en cause le rapport économique, dynamique et topique du dualisme de la libido narcissique et objectale, donc sans angoisse. (Brusset, 2006, p. 1235)

L'utilisation de l'objet « *atteste que l'objet interne n'a plus un pouvoir de capture narcissique, d'intrusion, de dépossession de soi. On peut y voir l'effet de la négativation de l'imga primaire et double retournement, faisant place aux représentations de la relation*

d'objet et aux triangulations » (Brusset, 2013, p. 158). Le statut de l'objet n'est pas le même dans la logique primaire – « *fantasme finalisé par l'accomplissement hallucinatoire d'un souhait* » – et secondaire – « *prenant en compte l'espace, le temps de la réalité et de l'autre pour construire l'objet du désir* » (Brusset, 2006, p. 1217). Freud a sous-estimé le fondement de ce qui rend la relation transférentielle possible, le rôle du psychisme de l'analyste mais au-delà le rôle de l'autre dans la construction de l'objet à l'origine de la vie psychique (Brusset, 2006). Pour Brusset, « *la psychopathologie de l'expérience du corps, lequel est à la fois soi et extérieur à soi, donne des illustrations cliniques concrètes des rapports entre l'intérieur et l'extérieur, le subjectif et l'objectif* » (Brusset, 2006, p. 1219). L'idée qui a émergée chez de nombreux auteurs ces dernières années est celle d'une topique externe, du clivage, interactive... le nom de troisième topique permet selon Brusset de se situer dans la continuité de ce qui a été ébauché par Freud à ce sujet concernant le rapport du moi et de la réalité externe : la théorie du narcissisme, le transfert, la projection, le déni, le clivage, et les identifications primaires. Dans la discussion du rapport de Brusset de 2006, Seabra Diniz écrit « *la pulsion s'organise dans le rapport avec l'objet. Sans objet, il n'y a pas de pulsion. D'autre part, le concept de pulsion semble indispensable pour maintenir la liaison du psychisme au corps* » (Seabra Diniz, 2006, p. 1286). Il précise le concept d'objet sous une forme qui semble éclairante pour la question du statut du fœtus comme objet :

l'objet a deux localisations, car il est interne, en tant qu'élément constitutif de la pulsion, et externe, car la personne qui prodigue ses soins et met en œuvre la participation affective propre à la situation satisfait la pulsion. D'un côté, donc, il y a la réalité psychique ; de l'autre, la représentation de la réalité extérieure. Il faut tenir compte de ces deux plans différents, qui sont le mode de la satisfaction sexuelle, avec toute la structure de la pulsion et la dynamique affective du lien à l'objet. (Seabra Diniz, 2006, p. 1287)

1.3.2.3 Reid, topique transitionnelle

« *On pourrait avancer le paradoxe suivant : la relation à l'objet, externe ou interne, n'est jamais si prévalente que lorsque l'objet au sens d'un autre qui a sa propre réalité, n'est pas constitué, pas plus que ne l'est l'espace du Moi* » (Pontalis, 1977, p. 221).

A l'inverse de Freud, Winnicott pense qu'il n'existe pas d'emblée un psychisme individuel « *mais plutôt un ensemble individu/environnement. Certaines conditions sont nécessaires pour assurer le passage de cette unité duelle primitive à l'unité individuelle, (...) un travail psychique est nécessaire pour qu'advienne un psychisme individuel* » (Reid, 2006, p. 1543). La thèse de Reid est que « *ce travail psychique constitue un enjeu du développement suffisamment important pour justifier l'introduction d'une troisième topique, une troisième théorie de l'appareil psychique dont les instances sont le soi et l'objet* ». Cette troisième topique devrait se situer selon lui au croisement des métapsychologies de Freud et de Winnicott, permettant ainsi d'englober les concepts de relation d'objet, de pulsion, d'emprise et de narcissisme.

Si la rencontre individu environnement n'est pas suffisamment bonne, si elle n'a pas

pour effet de faciliter un certain travail de monadisation, l'extérieur – le hors psyché – ne peut prendre place dans le fonctionnement psychique. Dans la mobilisation pulsionnelle, la psyché n'a pas accès à l'extériorité de l'objet de par l'échec des processus transitionnels. (Reid, 2006, p. 1544)

Le travail d'individuation de la psyché, de « monadisation », crée une interface individu/environnement, espace transitionnel « *qui paradoxalement unit et sépare simultanément l'individu et l'environnement* » (Reid, 2006, p. 1544). Reid souligne donc l'importance de la monadologie freudienne si souvent décriée, monadologie qui serait la capacité de faire advenir la psyché à l'état d'unité fonctionnelle, espace de transitionnalité. Il distingue en cela le monadisme du solipsisme freudien - « *théorie selon laquelle il n'y aurait, pour le sujet pensant, d'autre réalité que lui-même* » (Le Petit Robert).

Pulsion. Reid distingue deux modèles de la pulsion freudien et winnicotien : « *pour Freud, la localisation interne de la source est nécessaire pour pour définir le caractère pulsionnel d'une excitation, alors que pour Winnicott les instincts ne sont pas encore internes mais peuvent aussi être externes (grondement de tonnerre, claque...).* Pour Freud le but de la pulsion lui est intrinsèque, (visée libidinale, d'autoconservation, de vie ou de mort) alors que pour Winnicott le but du mouvement pulsionnel est déterminé par la réponse de l'objet » (Reid, 2006, p. 1545) (exemple de l'enfant qui saute sur les genoux de sa mère : « il est plein de vie » vs « arrête tu vas faire mal à maman »).

L'hallucinoire. Pour Winnicott l'omnipotence est le premier principe régulateur de la psyché. Il renoue ainsi avec le tournant freudien de 1897 et la découverte de l'hallucinoire. « *C'est la réussite du trouvé/créé qui permettra l'arrimage de l'omnipotence et de la réalité extérieure dans ce qui devient désormais l'expérience de l'omnipotence* ». Cependant, contrairement à la distinction faite par Freud entre satisfaction hallucinoire et satisfaction réelle, pour Winnicott, « *dans l'expérience de l'omnipotence, la satisfaction est à la fois hallucinoire et réelle. D'où le rôle de l'objet externe dans l'expérience d'omnipotence qui exige d'avantage que la simple satisfaction de la pulsion d'autoconservation* » (Reid, 2006) . Green (1993) énonce à ce sujet la nécessité du plaisir partagé avec l'objet permettant « *la mise en relation du plaisir de la zone érogène avec la réflexion projetée de ce plaisir sur l'objet* ». La réponse de l'objet nécessitant alors de ne pas être trop éloignée de cette projection.

Emprise. Reprenant le fil de la théorie de Denis, Reid la met en lien avec l'espace transitionnel : « *au commencement est la dyade ; au commencement est l'emprise dyadique, une visée de contrôle omnipotent, une emprise d'autant plus forte que paradoxalement, au moment du narcissisme primaire, modèle Winnicott [mère à la fois absente et présente], l'objet n'existe pas comme entité propre dans l'expérience de l'individu* » ; « *l'échec de la négativation de l'hallucinoire, et conséquemment l'échec de la transitionnalité, a pour conséquence de fixer l'individu dans un régime dyadique de l'emprise* » (Reid, 2006, p. 1551). « *A contrario, dans la réussite de la négativation de l'hallucinoire, s'installe une emprise monadique sous l'égide non plus de la toute-puissance, mais plutôt d'un certain pouvoir qui se partage* », se retrouvent ainsi, reliés à l'hallucinoire les deux modalités d'emprises décrites plus haut (voir Chapitre 1.3.1.2).

Relation d'objet. « *Le modèle pulsionnel de Winnicott, de par son inscription d'emblée*

dans la relation, décrit essentiellement une modalité de lien ; il constitue dès lors naturellement une passerelle entre le modèle de la relation d'objet et le modèle pulsionnel de Freud. En ce sens, André Green, cité par Brusset (2005) souligne comment "l'étude des relations est celle des liens plutôt que des termes unis par ces liens" » (Reid, 2006, p. 1552).

Le lien. Reid pose la question de la transitionnalité comme une nouvelle modalité de lien (puisqu'elle représente une nouvelle modalité d'investissement de l'objet, et non l'investissement d'un nouvel objet). Winnicott y répond par la positive et dit même que la transitionnalité est la seule modalité possible de lien véritable avec l'objet.

L'espace carrefour. Le croisement des métapsychologies freudienne et winnicottienne, « métapsychologie des espaces : espace psychique du dedans, espace psychique du dehors et espace intermédiaire. Cette métapsychologie doit être à la fois différenciée et articulée à une métapsychologie classique de l'objet » (Reid, 2006, p. 1555). Par cette lecture, le fantasme « se présente maintenant également comme un contenant, un espace » et non plus seulement un contenu psychique. Le trauma psychique « constitue un phénomène hors psyché qui, de par sa visée effractive, risque de faire surgir ou resurgir le potentiel traumatique inhérent au fonctionnement psychique : en effet, de par le maintien ou la résurgence de la primauté de l'hallucinatoire, la psyché ne peut faire usage de sa capacité élaborative ; elle ne peut opérer sur le mode d'une unité individuelle. Nous sommes en présence de l'actualisation du traumatique » (Reid, 2006, p. 1555).

1.3.2.4 Missonnier, Relation d'Objet Virtuelle

Missonnier, se situe de façon originale dans le questionnement de la constitution du lien biopsychique qui s'établit en prénatal entre les « *devenant parents* » et « *l'enfant du dedans (l'embryon/fœtus des professionnels)* » (Missonnier et al., 2004) en s'interrogeant « *sur l'objet du fœtus et sur le fœtus comme objet* » (Missonnier, 2009, p. 158). Après le processus de différenciation (Pines), d'Objectalisation (Bydlowski et Golse, 2001), Missonnier décrit un processus « *dynamique et adaptatif d'humanisation du fœtus* » (Missonnier, 2009, p. 171). Il propose le concept de Relation d'Objet Virtuelle (ROV), relation spécifique par sa réciprocité entre le fœtus et l'environnement, « *sa trajectoire transformationnelle intra et inter(proto)subjective, le caractère virtuel de son objet, et, dans la filiation des relations d'objet orale, anale, génitale, son site utéro-placentaire* » (Missonnier, 2009, p. 171). Missonnier part d'abord de la conception du narcissisme de Grunberger, et en particulier ce qui concerne l'état relationnel prénatal. En effet, pour Grunberger le support biologique des pulsions est constitué d'éléments formateurs du futur moi. Chez le fœtus, ces éléments représentent un « *fonds instinctuel primitif indifférencié et aconflictuel* » qui contient en germe la pulsion sexuelle (dont la prolifération cellulaire traduit l'activité), et l'agressivité au service des intérêts du moi (dont le métabolisme fœtal parasitaire utilisant la substance maternelle est une illustration). Cependant, bien qu'il enracine son propos dans la description nostalgique de l'homme pour le prénatal de Grunberger, Missonnier s'en éloigne ensuite en s'appuyant sur les théories l'intersubjectivité primaire (Trevarthen, 2003), et en inculquant la théorie du narcissisme matriciel de « *voile projectif* » dû à la « *force de l'interdit et de l'inquiétante étrangeté qui culpabilisent le psychanalyste spéléologue* » (Missonnier, 2009, p. 160-161).

Du côté maternel, afin de dépasser la vision photographique, statique, d'un fœtus figé entre le soi et le non-soi, la ROV propose une vision « *cinématographique, dynamique d'un investissement parental évolutif* » (Missonnier, 2009, p. 163). Mais la ROV est aussi à comprendre dans l'évolution psychique de l'individu, dont l'état embryo-fœtal est le premier stade. Elle plaide en faveur d'une reconnaissance de l'orientation « *(proto)intersubjective primaire vers l'autre virtuel* » (Missonnier, 2009, p. 173) du fœtus/bébé constituant ainsi son altérité humaine en devenir. C'est d'ailleurs sur la commémoration du vécu de leur propre ROV fœtale que s'appuient les parents pour constituer le lien (proto)intersubjectif à leur fœtus/bébé : « *les devenants parents contenant font face à la réactivation de leur propres vécus d'ex embryon/fœtus contenu* » (Missonnier, 2009, p. 186). Au sein de cette relation d'objet virtuelle, le processus va « *d'un investissement narcissique extrême (qui tend à un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal* » (Missonnier, 2009, p. 173).

Missonnier a d'abord écrit relation d'objet virtuel (2004) puis l'a corrigé par virtuelle (2009). Tisseron remarque la confusion et propose une approche différente considérant la relation d'objet virtuel « *comme un temps normal de toute relation, complémentirement à la relation d'objet actuel* » (Tisseron, 2014, p. 23). La relation d'objet virtuelle est quant à elle réservée à une relation virtuelle à un objet (rvo), c'est à dire qui ne prend pas en compte l'actuel de l'objet. Cependant, cette deuxième définition ne prend plus en compte le *d'* de la relation *d'*objet psychanalytique qui marque justement l'importance de l'interrelation entre le sujet et l'objet (Laplanche & Pontalis, 1967b). Tisseron ne situe pas la conception du virtuel sous le même angle que Missonnier. Souhaitant une « *rébellion conceptuelle* » contre l'idée d'un fœtus considéré uniquement comme une extension narcissique de ses parents ce dernier a, semble-t-il, d'abord mis l'accent sur le fœtus comme objet virtuel, se situant alors entre objet partiel et objet total. Jusque-là, le fœtus avait été considéré comme un pur objet interne, venant solliciter la pulsionnalité maternelle mais jamais on ne s'était intéressé aux effets de l'intersubjectivité fœto-mater-paternelle. C'est là que se situe justement la relation d'objet virtuelle. Elle se place dans une relation à la fois actuelle mais en insistant surtout sur ce que tout ce que cette relation actuelle contient de virtuel pour chacun des deux (trois) acteurs. Par Relation d'Objet Virtuelle, Missonnier met l'accent sur l'interrelation et non plus sur l'objet. Ce choix grammatical insiste finalement sur la volonté de Missonnier de se placer dans le cadre d'une troisième topique prenant en compte à la fois l'intrapsychique du fœtus/bébé, de ses parents et leur intersubjectivité dans une perspective dynamique.

Chapitre 2

Le deuil prénatal

2.1 Le deuil

Le deuil fait partie des événements de vie auquel chaque être humain est confronté. Nous pourrions en effet commencer par rappeler l'importance de l'étude des sépultures et des rites funéraires pour comprendre les cultures humaines qui nous ont précédés. Le fait d'enterrer ses morts est marqueur d'une conscience de l'importance de l'autre et de sa perte pour le groupe ; c'est ce que les anthropologues nomment la « cohésion du groupe culturel ». La conscience de cette perte s'accompagne d'une forte souffrance. Le mot deuil vient étymologiquement du mot *dolere*, douleur. Dans le dictionnaire de la langue française (Petit Larousse), le deuil nomme à la fois la perte de quelqu'un, la tristesse qui accompagne cette perte ainsi que les différents rites qui en découlent. Étant pourtant la finitude de chaque être humain, la mort inflige une souffrance extrême aux personnes de l'entourage du défunt. Cette situation pourrait s'expliquer par le refus de cette finitude : « *personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même pour l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité* » (Freud, 1915a, p. 145). La mort d'une personne aimée est la confrontation à notre propre finitude, d'où, entre autre, le travail psychique considérable nécessaire à l'élaboration du deuil. Le deuil est long et douloureux mais n'est pas un état pathologique : « *Qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal* » (Freud, 1915c, p. 264).

Nous allons aborder les étapes du deuil, le travail psychique qu'il impose, et les complications et pathologies du deuil.



2.1.1 Étapes du deuil

Bien que chaque processus de deuil soit singulier, les auteurs l'ont communément divisé en trois étapes – choc, état dépressif, adaptation. Elles vont se succéder en se chevauchant dans un processus qui n'est pas toujours linéaire. Le plus souvent elles se succèdent en une année (Bowlby, 1978). Nous verrons que les complications du deuil sont liées à la succession de ces phases.

Choc, sidération, déni.

Suite à l'annonce du deuil suit une période de choc. « *Refus, négation de la mort occupent alors toute la scène* » (Soubieux, 2008, p. 77). La sidération mentale s'ajoute à l'arrêt de toutes les fonctions psychiques. La décharge émotionnelle aigüe, les cris, les hurlements rendent compte de cette stupéfaction et de la volonté de dénier la réalité. La sidération agit à trois niveaux : les affects sont anesthésiés, les perceptions émoussées, l'organisme est paralysé physiquement ainsi qu'intellectuellement (Bacqué & Hanus, 2009).

C'est un temps marqué par la recherche constante du défunt. Le sujet est obnubilé par les photos et les souvenirs. Il ressent le besoin de parler de lui avec les personnes qui l'ont connu. Des signes peuvent être également interprétés comme signifiant la présence du défunt. La première étape du deuil est aussi marquée par la colère. Le sujet se sent abandonné par le défunt et lui en veut. L'ambivalence à la base de toute relation est l'origine de cette colère. La rage pouvant être trop culpabilisante elle peut être déplacée sur une autre personne. C'est la colère qui permet de rester en lien avec l'objet perdu. Sa persistance marquerait donc le refus du caractère irréversible de la perte et l'espoir de

tenter encore de le retrouver.

Etat dépressif.

Vient ensuite une période dépressive avec humeur triste, douleur morale, agressivité, ralentissement psychomoteur. Cette phase est due au travail de deuil lui-même : « *Chacun des souvenirs, et des attentes, pris un à un, dans lesquels la libido était rattachée à l'objet, est positionné, surinvesti, et sur chacun est effectué le détachement de la libido* » (Freud, 1915c, p. 265). De nombreuses altérations somatiques apparaissent comme des troubles de l'appétit et du sommeil, ainsi qu'une fatigue intense conduisant à un désinvestissement des occupations antérieures. On voit alors un retrait du monde extérieur : « *Dans le deuil le monde est devenu pauvre et vide* » (Freud, 1915c, p. 266). Tout plaisir est considéré comme une trahison envers le défunt, et l'attention ne peut être portée que sur lui :

La réaction à la perte d'une personne aimée, comporte la même humeur douloureuse, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur – dans la mesure où il ne fait pas penser au défunt –, la perte de la capacité de choisir quelque nouvel objet d'amour que ce soit – ce qui voudrait dire remplacer celui dont on est en deuil –, le fait de se détourner de toute activité qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt. (Freud, 1915c, p. 264) Cette phase dépressive tient une place fondamentale dans le travail de deuil. Elle dépend à la fois de la personnalité de l'endeuillé, et de la relation établie avec le défunt. Le statut du défunt est prépondérant.

Adaptation.

La troisième et dernière phase est celle de l'adaptation avec réapparition de l'intérêt, disparition de la tristesse et capacité de penser à l'avenir. L'endeuillé peut réaménager un espace psychique pour les vivants. « *Après l'achèvement du travail de deuils le moi après redevient libre et non-inhibé* » (Freud, 1915a, p. 264). Les facultés entravées sont récupérées et le sujet peut à nouveau profiter de la vie. « *Il y a de nouveau investissement de la libido dans un objet – une personne ou une activité – qui rend compte de cette capacité à créer des liens* » (Baussant-Crenn, 2004, p. 20).

Cependant la fin du deuil conduit non pas à un retour à l'état d'avant le deuil mais à un changement, une maturation de la personne que nous comprendrons en expliquant le travail psychique du deuil.

2.1.2 Travail psychique du deuil

Dans « Deuil et Mélancolie », Freud explique le deuil comme étant « *la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place. (...) L'épreuve de réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet* » (Freud, 1915c, p. 264). Seulement « *l'homme n'abandonne pas volontiers une position libidinale* » (Freud, 1915a, p. 264) et il se bat pour ne pas céder à ce détachement de la libido qu'impose l'épreuve de réalité. C'est un travail long et minutieux au cours duquel « *chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui* » (Freud, 1915c, p. 264). Freud se questionne cependant sur ce qui rend

ce travail si douloureux au point de vue économique, ce qui reste pour lui une énigme. Le deuil consiste en une acceptation de la disparition, de la séparation d'avec l'objet et se réalise par une intériorisation de l'objet perdu et un désinvestissement libidinal. Bowlby définit le deuil normal comme la capacité à reconnaître une modification du monde externe nécessitant une modification correspondante dans le monde interne et une réorganisation concordante du comportement d'attachement (Bowlby, 1978).

Rappelons brièvement les théorisations de K. Abraham (1915-1925) quant aux stades de développement libidinal. Il divise le stade oral en une phase de succion à laquelle succède une phase sadique au cours de laquelle se développe un sentiment d'ambivalence au sein, le nourrisson désire le mordre et le dévorer sur un mode cannibalique. Il divise également le stade anal, la première phase étant une phase sadique d'expulsion, l'objet avalé est expulsé sous la forme d'excréments. À cette phase suit la phase de rétention, au cours de laquelle apparaît un intérêt pour la préservation de l'objet expulsé.

Dans « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » (1940), Klein postule qu'il y a « *un lien étroit entre l'épreuve de réalité dans le deuil normal et certains processus psychiques de la première enfance* » citep[p. 342]klein1940. Le deuil serait une reviviscence de vécus enfantins. Il nous paraît important de dérouler plus en détail la thèse de Klein dans ce texte qui nous servira de base pour l'approche de la spécificité d'un deuil prénatal. Dans des textes précédents, notamment dans « Contribution à la genèse des États maniaco-dépressifs » (1934), Klein introduit le concept de phase dépressive. Cette position pourrait se résumer ainsi : Juste avant, pendant et après le sevrage, le bébé éprouve des sentiments dépressifs. Il s'agit alors d'une « *mélancolie in statu nascendi* ». « *L'objet dont on pleure la perte est le sein de la mère et ce que le sein et le lait représentent pour la pensée enfantine : l'amour, la bonté, la sécurité* » citep[p. 342]klein1940 : l'enfant sent qu'il a perdu tout ça parce qu'il n'a pas su résister à ses fantasmes avides et destructeurs, à ses pulsions agressives à l'égard des seins de la mère. La position dépressive se résume donc en une peur de perdre les bons objets internes comme externes. Cette peur est selon Klein « *la source la plus profonde des douloureux conflits vécus dans la situation œdipienne comme dans la relation de l'enfant aux autres personnes* » citep[p. 342]klein1940.

Au fur et à mesure que s'établit la relation de l'enfant à son entourage, se déroulent des processus d'intériorisation. Les parents, après avoir été incorporé par le bébé, deviennent des objets internes. Un monde interne se construit ainsi dans la pensée inconsciente de l'enfant, « *un monde qui correspond à ses expériences réelles et aux impressions qu'il reçoit des gens et du monde extérieur, mais qui est modifié par ses propres fantasmes ou pulsions* » citep[p. 343]klein1940. Dans la pensée du petit enfant, la mère intérieure est le double de la mère extérieure ayant subi quelques modifications de par les processus d'intériorisation. Il en va de même pour toutes les situations réelles. Ce monde intérieur inconscient devient insaisissable par la perception comme l'est le monde tangible, il est alors angoissant pour le petit enfant qui ne va avoir de cesse de s'adonner à des observations et des vérifications sur le monde extérieur, dont le monde intérieur est le double.

Chez le bébé, le manque d'expériences agréables, et de contacts physiques heureux avec ses objets d'amour vont réduire la confiance et l'espoir et confirmer la peur de l'anéan-

tissement intérieur et de la persécution externe, cette peur étant due à l'angoisse que les objets se vengent des dommages que l'enfant leur a fait subir. Ce manque d'expériences agréables « *vont jusqu'à arrêter les processus salutaires qui permettent de conquérir à la longue la sécurité intérieure* » citep[p. 344]klein1940. À l'inverse, « *tous les plaisirs que le bébé ressent dans ses rapports avec sa mère sont pour lui autant de preuves que l'objet aimé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, n'a pas subi de blessures et ne s'est pas changé en un être vengeur* » citep[p. 344]klein1940. Cela aide l'enfant « *à surmonter peu à peu sa dépression et son sentiment d'abandon (son deuil). Elles lui permettent de mettre sa réalité intérieure à l'épreuve de la réalité extérieure* ». A partir de là, Klein explique que c'est ce deuil précoce qui est revécu chaque fois que, plus tard, l'individu éprouve de la tristesse. Elle dit : « *le plus important des moyens grâce auxquels l'enfant surmonte ses états de deuil est, à mon avis, l'épreuve de la réalité : or, comme Freud le souligne, le travail de deuil comprend justement ce processus* » citep[p. 342]klein1940.

2.1.3 Complications et pathologies du deuil

2.1.3.1 Deuil compliqué

Le deuil dit compliqué s'écarte de la chronologie normale, il ne se traduit pas par une pathologie précise mais a un déroulement très perturbé. Il se caractérise par une exagération des effets de l'annonce, l'effet choc est retardé et dure plus longtemps. Les symptômes sont plus accentués, plus longs. Le sentiment de culpabilité apparaît. La période d'adaptation n'arrive pas, le sujet est dans un retrait social et affectif. Le temps n'est pas, comme dans le deuil normal, résolutif. Il existe plusieurs types de deuils compliqués décrits dans la littérature.

Le deuil différé. La perte est déniée pendant un temps plus long qu'habituellement et la phase de dépression n'arrive pas. Toutes les activités quotidiennes sont préservées, de même que celles qui comprenaient le défunt. Les rituels deviennent peu à peu envahissants dans la vie de l'endeuillé. La phase dépressive peut alors survenir lors d'une réactivation du trauma dû à la perte.

Le deuil inhibé. L'endeuillé est conscient de la perte mais ne reconnaît pas les affects qui y sont associés. Les réactions somatiques ou comportementales (pour les enfants) passent au premier plan par rapport aux émotions. Le deuil chronique. Ici c'est la phase dépressive qui persiste. Les idées du registre de la dépression sont courantes : la culpabilité, les reproches envers soi-même, le chagrin important, le retrait, la détresse, l'omniprésence du défunt dans les pensées du sujet. Souvent ces deuils surviennent lorsque la mort de la personne n'est pas assurée (disparition, pas de corps, pas de preuves tangibles). L'ambivalence du sujet face à la perte serait à l'origine de la chronicisation du deuil (Bacqué & Hanus, 2009).

2.1.3.2 Deuil pathologique

« *Les pathologies du deuil sont d'authentiques maladies qui surviennent au cours du deuil chez des personnes qui en semblaient exemptes jusqu'alors. Une maladie mentale caractérisée, une maladie somatique déclenchée après un deuil, enfin, un comportement nocif*

sont des pathologies du deuil » (Bacqué & Hanus, 2009, p. 51). Hanus et Bacqué décrivent différentes affections pathologiques consécutives au deuil.

Le deuil hystérique serait une décompensation sur un mode hystérique, avec conversion et tentatives de suicide. Dans le deuil obsessionnel, le sujet

Confronté à la perte de l'objet voit passer sa culpabilité au premier plan. Le travail de deuil est littéralement empêché par toute une série de contre-pensées qui luttent contre les anciens désirs de mort et les images mentales obsédantes du défunt. Des séquences précises de mots, des scénarii répétitifs envahissent progressivement l'endeuillé. La psychasthénie qui en découle correspond à la fatigue entraînée par la lutte mentale contre les obsessions. (Bacqué & Hanus, 2009, p. 51)

Le deuil maniaque et mélancolique seraient des décompensations suite au deuil en ces affections spécifiques de l'humeur.

2.1.3.3 Mélancolie et manie

Mélancolie

Dans « Deuil et Mélancolie », Freud introduit la différence entre le deuil et la mélancolie. La mélancolie est décrite comme une dépression profondément douloureuse, avec une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, une perte de la capacité d'aimer, une inhibition de toute activité et une diminution du sentiment d'estime de soi : auto-reproches et auto-injures. Auxquels s'ajoutent l'insomnie, le refus de nourriture et « *la défaite de la pulsion qui oblige tout ce qui vit à tenir bon à la vie* » (Freud, 1915a, p. 266) . Dans le cas de la mélancolie l'objet n'est pas toujours réellement mort mais il a été perdu en tant qu'objet d'amour, et il est impossible pour le sujet lui-même de saisir consciemment ce qui a été perdu. La mélancolie est donc en rapport avec une perte de l'objet qui est soustraite à la conscience : « *nous ne pouvons pas voir ce qui absorbe si complètement les malades* » (Freud, 1915a, p. 266).

Freud explique que face à l'analogie des tableaux cliniques du deuil et de la mélancolie, il est logique de supposer que la mélancolie soit également due à une perte d'objet, alors que selon les dires du sujet c'est une perte concernant le moi. « *Dans le deuil le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie c'est le moi lui-même* » (Freud, 1915a, p. 266). Ceci donne lieu à une contradiction entre le tableau clinique et ce qui semble se jouer psychiquement. Ce paradoxe est expliqué par Freud par le fait que très souvent les auto-reproches les plus sévères s'appliquent très mal à la personne qui les formule, mais qu'avec quelques modifications elles pourraient s'appliquer à une autre personne de l'entourage : « *ainsi on tient en main, dit-il, la clef du tableau clinique lorsqu'on reconnaît que les auto-reproches sont des reproches contre un objet d'amour, qui sont renversés de celui-ci sur le moi propre* » (Freud, 1915a, p. 269).

Ceci explique également le fait que dans la mélancolie on ne retrouve aucun sentiment de honte. À l'inverse d'une personne qui serait accablée de remords, le mélancolique trouve de la satisfaction à s'exposer à nu, à déplorer ses malheurs aux yeux de tous. Puisque les paroles de dépréciation sont en réalité prononcées à l'encontre d'un autre il n'y a pas de raison d'en avoir honte soi-même.

Cependant le mécanisme mélancolique met en évidence un clivage du moi dans lequel une partie du moi sadise l'autre partie. Freud dit alors que l'instance qui critique pourrait être autonome du moi et la nomme « conscience morale ». Il est sur le point de théoriser la seconde topique et nous en voyons déjà ici le prototype du surmoi. Tout cela permet de comprendre la mélancolie de cette façon : il y avait une liaison de la libido à une personne. Du fait d'un préjudice réel ou d'une déception cette relation est mise à mal. Au lieu de retirer la libido de l'objet et de la déplacer sur un autre objet, ce qui est habituellement le cas, le résultat dans le cas de la mélancolie est différent.

L'investissement d'objet, apparemment peu résistant est supprimé mais la libido libre est alors retirée dans le moi par identification à l'objet abandonné : « *l'ombre de l'objet tombe ainsi sur le moi* (Freud, 1915a, p. 270) ». Le moi est alors totalement identifié à cet objet et est jugé par la conscience morale, de la même façon qu'un objet. Ainsi une perte d'objet s'est transformée en perte du moi et a entraîné un clivage du moi modifié par identification à l'objet.

Pour que ceci advienne, explique Freud, il faut qu'il y ait d'une part une forte fixation à l'objet d'amour, mais d'autre part une faible résistance de l'investissement de l'objet.

Cette contradiction semble exiger, comme l'a judicieusement remarqué O. Rank, que le choix d'objet se soit produit sur une base narcissique de sorte que l'investissement d'objet, si des difficultés s'élèvent contre lui, puisse régresser jusqu'au narcissisme. (...) la relation d'amour n'a pas à être abandonnée. (Freud, 1915a, p. 270)

Manie du deuil

Le deuil peut aussi évoluer vers un mode maniaque. Le sujet dénie alors la mort de l'être aimé ou dénie tous les liens qui l'unissaient à l'objet. Klein décrit un phénomène de triomphe sur le mort. « *Ce sentiment de triomphe se rattache inévitablement au deuil normal lui-même et a pour effet de retarder le travail du deuil, ou plutôt d'accroître les difficultés que rencontre la personne en deuil et la souffrance qu'elle éprouve* » (Klein, 1940, p. 352). C'est ce sentiment de triomphe qui peut prendre la forme d'états maniaques.

N. Abraham et Torok décrivent également ce qu'ils nomment la maladie du deuil.

Ce n'est non pas comme on pourrait le penser, l'affliction causée par la perte objectale elle-même, mais le sentiment d'un péché irréparable : péché d'avoir été envahi de désir, d'avoir été surpris par un débordement de la libido, au moment le moins convenable, au moment où il sied de s'affliger et de s'abandonner au désespoir. (N. Abraham & Torok, 1987, p. 232)

Pour aborder l'œuvre de N. Abraham et Torok il nous faut tout d'abord nous confronter aux concepts d'incorporation et d'introjction car « *quiconque aborde le problème du deuil ou de la dépression est requis de traverser un terrain notionnel plein d'embûches, celui de l'introjction* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 233). La perte objectale et le trauma qu'elle implique induit une première réponse, celle de l'incorporation dans le moi. Le moi s'identifie partiellement à l'objet incorporé ce qui permet une temporisation dans l'attente de pouvoir rééquilibrer l'énergie psychique et redistribuer la libido. « *A défaut de pouvoir liquider le mort et décréter définitivement : « il n'est plus », l'endeuillé le devient pour soi-même et, par là, il se donne le temps d'élaborer, peu à peu et pas à pas, les effets de la*

rupture » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 234).

Les auteurs s'attachent à distinguer les concepts d'incorporation et d'introjection qui ne sont pas habituellement différenciés. Pour Ferenczi, l'introjection comporte trois points : l'extension des intérêts auto-érotiques, l'élargissement du moi par la levée des refoulements, l'inclusion de l'objet dans le moi. Il s'agit d'un enrichissement et un élargissement du moi par l'introduction des « pulsions et de leurs vicissitudes » dont l'objet n'est que le médiateur. L'introjection opère en va et vient entre le narcissique et l'objectal « *elle transforme des incitations pulsionnelles en désirs, en fantasmes de désir et par là les rend aptes à recevoir un nom et droit de cité et à se déployer dans le jeu objectal* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 236). L'incorporation quant à elle suppose pour entrer en action la perte d'un objet. « *Elle a pour but de recouvrer, sur un mode magique et occulte, un objet qui, pour une raison, s'est dérobé à sa mission : médiatiser l'introjection du désir* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 237). Le processus d'incorporation se rapporte explicitement à l'enveloppe corporelle (prototype de toute séparation entre un intérieur et un extérieur), tandis que l'introjection est plus large se rapportant au psychisme et aux instances. Ainsi on peut parler d'introjection dans le moi, dans l'idéal du moi.

Nous pouvons donc revenir à la maladie du deuil au vue de ces deux notions. Les auteurs expliquent que

L'accroissement libidinal (...) apparaît comme une tentative d'introjection in extremis, comme une brusque réalisation amoureuse avec l'objet (...) Face à l'imminence, au risque qu'il ne fut trop tard, le moi a régressé à un niveau ancien, celui de la satisfaction hallucinatoire. Là l'introjection et l'incorporation constituaient encore les deux faces d'un même mécanisme. (...) L'accomplissement hallucinatoire exulte dans l'orgasme. (N. Abraham & Torok, 1987, p. 241-242)

Face à ce phénomène il y a un refoulement immédiat et une condamnation explicite. Nous pouvons également revenir brièvement sur les « calculs inconscients » dont parle Bydlowski et que nous avons décrit plus haut. N. Abraham et Torok expliquent cette « *commémoration anniversaire involontaire* » par le fait que le refoulement conserve précieusement dans l'inconscient un « cadavre exquis » dont le moi « *n'aura cesse de rechercher la trace dans l'espoir de le faire revivre un jour* ». Cette commémoration « *exemplarise la reviviscence du monde inoubliable où la mort de l'objet permet la conquête magique dans l'exaltation de l'orgasme* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 243).

2.2 Spécificités du deuil prénatal

Comme nous l'avons vu le deuil est un temps de crise psychique. Une crise, certes, mais une crise qui en s'atténuant, dans les cas heureux, s'avère être maturative. Il en va de même, nous l'avons vu aussi en première partie de cette revue de la littérature, pour la grossesse. La grossesse est aussi une crise (Bibring, 1961) : un temps qui comporte de multiples remaniements et qui donne lieu à des états mentaux qui seraient dans d'autres étapes de la vie, considérés comme pathologiques. Une « crise » est « *une période décisive ou périlleuse de l'existence ; un changement subit, souvent décisif* » (Le petit Larousse, 1995). Le terme de crise, utilisé dans un contexte d'étape de vie courante, vient en rappeler



la complexité de ses processus psychiques, nous renvoyant notamment au concept de crise d'adolescence¹. Seulement, qu'advient-il de ces états mentaux particuliers lorsqu'ils se superposent ? Lorsque l'objet même, source de tant de remaniements, vient à se dérober et à confronter la mère à sa perte ? « *Si elle intervient pendant la grossesse, la perte de l'enfant est une crise dans une crise* » écrit Leon (1996a, par11). Nous allons voir ce qu'il y a de spécifique au deuil d'un fœtus, d'un bébé en devenir, d'un enfant du dedans. Notons que le taux de mortinatalité en France s'élevait en 2012-2013 à 8,9/1000 naissances (Mouquet & Rey, 2015). La mort d'un bébé du dedans est une épreuve particulièrement bouleversante pour les parents en devenir. C'est l'impensable qui se produit, les générations qui s'inversent, la mort qui survient là où on attendait la naissance d'une vie. Si elle était plus courante jusqu'à il y a un siècle, sa survenue était quand même une épreuve.

Les hésitations sémantiques concernant ces accidents (accouchement ? expulsion ? opération ? extraction ?), et les modifications récentes, mais encore imparfaites, des textes de loi concernant le statut juridique du fœtus témoignent des difficultés sociales et médicales de représentation de cet événement et entrent en résonance avec les éventuelles difficultés psychologiques des femmes confrontées à cette 'naissance-mort' particulière. (Nezelof, 2005, p. 5)

Aucun terme n'existe pour parler de ces parents « désenfantés » (Nezelof, 2005, p. 6), ce qui entérine l'inconfort et l'ambiguïté de leur statut. La mort prénatale reste encore aujourd'hui

1. La conception de l'adolescence comme un temps de crise est aujourd'hui discuté et revu à l'aune du concept de processus qui semble plus adapté. Le même débat pourrait alors être fait à l'utilisation du terme de crise pour la grossesse.

un tabou et les parents et leur entourage auront à en éprouver les conséquences.

2.2.1 Modèle Multidimensionnel du deuil prénatal

Nous souhaitons nous appuyer tout d'abord sur le modèle développé par Leon dans un article de 1996. Il théorise ce modèle face au manque conceptuel en psychanalyse pour aborder la spécificité du deuil prénatal. Ce modèle qu'il nomme « Multidimensionnel » nous semble pertinent dans l'approche du deuil périnatal car il permet de souligner l'importance de la considération d'éléments très divers qui se rejoignent dans ce moment si particulier de la grossesse : « *Ces différents abords permettent d'expliquer les nombreuses répercussions de cette perte ainsi que de justifier les différences individuelles* » (Leon, 1996a, p. 1). Il permet de les prendre en compte ensemble mais à la fois de les différencier, pour pouvoir étudier ce qu'il y a de spécifique dans chaque axe de lecture.

Il applique quatre axes d'interprétation de la grossesse : 1. La grossesse comme processus maturatif du développement ; 2. La théorie de l'instinct, avec une réactivation des conflits antérieurs ; 3. La relation d'objet, en tant que l'enfant à venir est un enfant spécifique ; 4. Le modèle du narcissisme qui décrit la grossesse comme une réorganisation de l'estime de soi.

De même, la perte d'un enfant en période périnatale peut être conceptualisée dans chacune de ces structures respectivement comme une entrave au développement, comme une intensification de conflits antérieurs, comme une perte d'objet accompagnée d'obstacles particuliers au deuil, et comme des blessures narcissiques multiples.
(Leon, 1996a, par 7)

Nous ne reviendrons pas précisément ici sur les différents aspects de la grossesse que nous avons développé dans le premier chapitre. Cependant, le découpage effectué par Leon de la grossesse étant différent de celui que nous avons proposé, nous ferons quelques rappels pour que le lecteur sache à quoi chaque dimension fait référence.

Dimension développementale.

La grossesse, comme nous l'avons vu plus haut, est une période d'intenses remaniements psychiques, identitaires et identificatoires. À l'instar de l'adolescence, il est aujourd'hui communément reconnu que la grossesse est une étape du développement humain, en particulier dans la psyché féminine.

La grossesse est un important processus de maturation qui permet, grâce à des mouvements régressifs, donnant lieu à une possible résolution de conflits infantiles restés en suspens, d'établir une identité plus solide et indépendante. Cela amène à une profonde modification de la personnalité dans une visée plus constructive. Les théoriciens de la famille le disent sous l'angle du modèle transactionnel : la grossesse, déséquilibrant les rôles conjugaux et les rôles masculin-féminin, conduit à de nouveaux modes d'interaction et de conflits.

L'arrêt de la grossesse interrompt ce processus de maturation. Les ressources du moi de la femme peuvent alors s'avérer insuffisantes pour surmonter une crise aussi intense. Cet arrêt soudain d'un processus de maturation pourrait expliquer le désir parfois imminent de refaire un enfant le plus vite possible. Comme si le processus pouvait reprendre et se conclure avec cette seconde grossesse. D'autres réactions fréquentes à la perte périnatale

comme l'intolérance et la rage face à d'autres femmes enceintes ou ayant un bébé « *pourraient être dues moins à la perte d'une personne en particulier qu'à l'interruption majeure que la perte de cet enfant représente dans le processus de développement – surtout s'il s'agit d'une première grossesse* » (Leon, 1996a, par 13).

Ceci amène à la nécessité d'un « soutien social » sur lequel nous reviendrons (voir Chapitre 3).

Le rôle d'un groupe de soutien pour alléger la souffrance et encourager la compréhension de la perte périnatale peut ne pas être restreint à l'objectif habituel de faciliter le processus de deuil, mais de façon tout aussi importante, il peut fournir un groupe de référence auquel les parents touchés peuvent se joindre et auquel ils peuvent appartenir. (Leon, 1996a, par12)

Dimension pulsionnelle.

Nous avons vu la dimension pulsionnelle de la grossesse, période de récapitulation de la sexualité infantile. Cette reviviscence pulsionnelle devrait trouver sa résolution dans la relation avec le bébé après l'accouchement. Ce qui est particulièrement notable dans le besoin des mères de nourrir et étreindre leur enfant à la naissance. Quand il n'est pas là pour recevoir cette pulsionalité réveillée pendant la grossesse, la femme est seule, et doit faire un travail psychique important de rééquilibration pulsionnelle. Elle peut alors être débordée et développer des psychopathologies anxieuses ou dépressives.

Le modèle de la relation d'objet.

De nombreux d'auteurs mettent l'accent sur le fait que la perte périnatale représente la perte d'un être aimé, un être distinct de soi. En effet, à partir du troisième trimestre de la grossesse (et du terme de « viabilité ») la mère commence généralement à avoir des représentations de l'enfant comme un être distinct et séparé de soi. Cette dimension appréhende donc le deuil prénatal sous l'angle plus classique du deuil. Dans ce contexte, la spécificité de la perte périnatale serait que le deuil est compliqué de part l'absence de souvenirs avec l'enfant mort, souvenirs qui servent généralement d'étayage à l'élaboration d'un deuil, mais aussi par la soudaineté de cette perte qui laisse parfois les parents sidérés et désorientés. Le manque de soutien familial et médical face à ce qui est encore aujourd'hui considéré comme un non-événement (« tu en referas un autre »), est aussi un facteur de difficulté d'élaboration du deuil. C'est au sein de cette dimension que prennent sens les rituels mis en place (voir, prénommer, inscrire à l'état civil, inhumer) sur lesquels nous reviendrons.

Le modèle du narcissisme.

Nous avons en première partie de ce travail parcouru la tendance éminemment narcissique de la grossesse. Temps de remaniements psychiques et d'explorations de son soi bébé. La foetopathie peut venir rappeler des traumatismes anciens. Un enfant de la grossesse est encore physiquement une partie du corps de la mère, et une partie du psychisme des parents. C'est donc les parents mêmes qui sont touchés, déchirés par cette perte. Comme nous l'avions vu précédemment, d'un point de vue psychanalytique, la grossesse peut être une compensation du pénis manquant, la malformation est l'équivalent d'une castration et

peut être vécue comme une punition de transgressions fantasmatiques : la mère se venge de l'enfant fait au père.

Bien qu'au fur et à mesure de la grossesse l'équilibre change et que l'enfant ait tendance à être considéré de plus en plus comme un être distinct, il n'empêche que « la perception narcissique, par la mère, de son enfant restera, pendant toute la vie de l'enfant, un ingrédient unique de l'attachement parental » (Leon, 1996a, par 19). L'enfant étant considéré comme une partie de soi sur laquelle on a un contrôle total, on comprend alors le sentiment profond d'impuissance de ces mères, alors que la grossesse est censée assurer l'omnipotence.

Ce modèle est plus à même d'expliquer les ressentis d'indignité, les sentiments d'échec, la perte de l'estime de soi qu'expriment ces mères, que ne le fait le modèle de la relation d'objet.

2.2.2 Deuil prénatal et mélancolie

Ce dernier modèle nous conduit à nous pencher sur la question cruciale de la mélancolie dans la perte périnatale. En effet, c'est un deuil que l'on dit à « haut risque mélancoliforme ». Nous nous référerons ici à l'explication précédente sur la mélancolie décrite par Freud dans « Deuil et Mélancolie » pour tenter de faire un pont avec la perte périnatale. Lorsqu'une malformation est annoncée et qu'elle donne lieu à la décision d'interrompre la grossesse, beaucoup de femmes, note Soulé, expriment une volonté forte que l'interruption ait lieu le plus rapidement possible.

On assiste dans ces cas à une situation apparemment contradictoire entre l'intense investissement psychique du fœtus jusque-là et l'immédiat désinvestissement dont il semble pourtant pouvoir faire l'objet. Et c'est là que la comparaison nous semble pertinente avec l'objet mélancolique dont nous avons rappelé plus haut qu'il était porteur, selon S. Freud, d'une contradiction analogue. (Golse, 2002, p. 25)

Nous pouvons penser que l'enfant présentant une pathologie fœtale est très rapidement désinvesti pour préserver l'enfant imaginaire et les objets internes de la mère intactes. Ce qui signifierait que la libido est retirée de l'objet non pas pour se déplacer vers un autre objet mais pour se retirer dans le moi, ce qui correspond également à l'explication donnée par Freud de la mélancolie.

L'enfant en se déroband aux attentes des parents par sa mort, laisse à tout jamais « *un vide, une blessure, une honte, un sentiment d'infériorité, d'échec et d'indignité dans le psychisme des parents. Nous retrouvons là l'état mélancolique décrit par Freud* (Soubieux, 2013, p. 113). Comme dans la mélancolie où le sujet sait, comme le précise Freud, « *qui il a perdu mais non ce qu'il a perdu en cette personne* » (Freud, 1915a, p. 266), la femme ne sait souvent pas ce qu'elle a perdu en perdant son fœtus : ses rêves, sa fécondité, son bébé imaginaire... La perte du sentiment d'estime de soi, toujours à l'œuvre dans la mélancolie, se retrouve fréquemment chez ces mères. Elles se sentent incapables de mettre au monde un enfant qui puisse vivre, incapable d'être mères. Elles s'accablent alors souvent d'auto-reproches concernant l'attention qu'elles ont porté à la grossesse et au bébé. Soubieux note que « *cette régression narcissique est d'autant plus intense que l'investissement pendant la grossesse aura été plus narcissique qu'objectal* » (Soubieux, 2013, p. 114). Nous pouvons

donc nous poser la question, en référence à l'article de Bydlowski et Golse (2001), de la relation entre le stade d'objectalisation de l'enfant auquel survient l'interruption et la survenue d'un deuil mélancoliforme. Ce que semblent confirmer Torok et N. Abraham « *En cas de deuil, la nature de celui-ci sera fonction du rôle que jouait l'objet au moment de la perte. Si les désirs le concernant ont été introjectés, aucun effondrement, maladie du deuil ou mélancolie, ne sont à redouter* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 240).

Cependant, nous notons dans un autre chapitre de ce même ouvrage que l'incorporation qui vient en lieu et place de l'introjection « *trahit une lacune dans le psychisme, un manque à l'endroit précis où une introjection aurait dû avoir lieu* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 261). Et plus loin « *Chaque fois qu'une incorporation est mise en évidence, elle doit être attribuée à un deuil inavouable qui d'ailleurs ne ferait que succéder à un état de moi déjà cloisonné par suite d'une expérience objectale entachée de honte* » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 267). Ce qui introduit l'idée qu'une capacité à introjecter l'objet de la perte, donc à élaborer un deuil par un remplacement progressif de l'investissement d'objet en introjection de l'objet, serait également liée à la structure psychique préalable de la mère et aux expériences de perte précédentes (et non uniquement à la nature de l'objet perdu).

Ces auteurs donnent une explication de la mélancolie sous un angle qui nous a semblé particulièrement pertinent pour la perte prénatale et que nous allons donc développer ici. Toujours en suivant la distinction entre incorporation et introjection ils expliquent que l'incorporation dispense du douloureux travail de remaniement psychique qu'implique le deuil, c'est : « *refuser d'introduire en soi la partie de soi-même déposée dans ce qui est perdu, c'est refuser de savoir le vrai sens de la perte, celui qui ferait qu'en le sachant on serait autre, bref, c'est refuser son introjection* » » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 261). Les pertes narcissiques donnant lieu à l'incorporation sont celles

... qui ne peuvent pas s'avouer en tant que pertes. (...) Il ne peut s'agir que de la perte soudaine d'un objet narcissiquement indispensable, alors même que cette perte est de nature à en interdire la communication. Dans tout autre cas l'incorporation n'aurait pas raison d'être. idem (N. Abraham & Torok, 1987, p. 261)

Dans le deuil prénatal, nous y reviendrons par la suite, l'entourage et le corps médical ont tendance à escamoter l'événement le transformant en non-événement. L'enfant n'était pas né, il n'était donc pas encore admis dans la communauté des humains, on ne parle pas de lui. Le fœtus, nous l'avons vu, peut être assimilé à un objet narcissiquement indispensable. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit d'un deuil qui aurait toutes les raisons d'être incorporé et non introjecté. Ils développent ensuite l'idée de la crypte, du caveau secret :

Le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un caveau secret. Dans la crypte repose, vivant, reconstitué à partir de souvenirs de mots, d'images et d'affects, le corrélat objectal de la perte, en tant que personne complète, avec sa propre topique, ainsi que les moments traumatiques effectifs ou supposés qui avaient rendu l'introjection impraticable. (N. Abraham & Torok, 1987, p. 266)

Le mort est comme enkysté dans sa psyché. Les travaux de Badaracco abordent souvent le discours des patients qui disent être « morts en vie », ceci pouvant être du même ordre que la crypte remplie de mort, dans la psyché vivante de l'endeuillé.

Tant que la crypte tient, il n'y a pas de mélancolie. Elle se déclare au moment où les parois viennent à s'ébranler, souvent par suite de la disparition de quelque objet accessoire qui lui servait d'étai. Alors devant la menace que la crypte ne s'écroule, le moi tout entier devient crypte, dissimulant sous ses propres traits l'objet de l'amour occulte. Devant l'imminence de perdre son soutien interne, le noyau de son être, le moi va fusionner avec l'objet inclus qu'il imaginera esseulé de lui et va commencer au grand jour une « deuil » interminable. » (N. Abraham & Torok, 1987, p. 273).

Golse note qu'il arrive que la mélancolie se déclare lors de la grossesse d'après celle ayant donné lieu à une interruption (IMG, MFIU), il nous semble que l'idée développée par Torok et N. Abraham pourrait apporter une part de l'explication à ce phénomène.

2.2.3 Différentes évolutions

Nous avons vu la potentialité mélancoliforme du deuil prénatal. Nous avons également abordé le risque d'une incorporation de l'objet. Nous voudrions ici aborder d'autres évolutions possibles de cette perte, du devenir de cet objet qui ont été déclinés par Soubieux (2008, 2013).

2.2.3.1 Non-accomplissement

Un couple devient enceint, ils rêvent au bébé, mais ils rêvent aussi à une vie avec cet enfant, un enfant qui aura des frères et sœurs, qui sera adolescent, des dîners et des vacances en famille. Cet enfant porte virtuellement la vie future de ses parents. Lorsque la grossesse s'arrête c'est aussi cette vie rêvée qui est mise en suspend. Allouch (1997) dit que « *moins aura vécu celui qui vient de mourir, plus sa vie sera restée une vie en puissance, plus dur sera le deuil* ». Le deuil est d'ailleurs impossible lorsqu'il s'agit uniquement d'une vie non-accomplie : « *Il revient à tout deuilleur de déterminer en quoi aura été accomplie la vie de qui vient de mourir* » (Allouch 1997 in Soubieux, 2013, p. 115). Dans le cas d'un deuil prénatal, l'enfant est encore et surtout une potentialité d'avenir, il n'y a pas concrètement de souvenirs avec lui. Ce qui est perdu est avant tout une part de soi, c'est donc l'acceptation d'un sacrifice d'un bout de soi qu'il faut arriver à faire pour élaborer un deuil.

2.2.3.2 Nostalgie

Dans la suite de la théorisation de Denis (1998), Blin et Soubieux ont parlé (1997; 1999) du fœtus comme un objet nostalgique : « *Nous avons fait l'hypothèse que ce « bébé en soi », cet objet « perçu » mais non encore identifié, perdu brutalement, se transforme et renaît sous la forme d'un fantasme nostalgique* » (Soubieux, 2008, p. 94). Dans l'encyclopédie Agora une des définitions de la nostalgie est « *désir de ce que l'on n'a pas encore connu, ou de ce qu'on ne peut atteindre* ». Le fœtus n'est pas encore connu et ne pourra jamais être atteint comme bébé puisqu'il mourra avant de naître.

La nostalgie est alors un moyen trouvé par l'endeuillé pour survivre à une souffrance qui dépasse ses capacités d'élaboration psychique. Dans la nostalgie l'objet n'est pas perdu, il est confondu avec l'idéal de moi du sujet et est encore libidinalement investi. De part

l'utilisation forte du déni, la nostalgie permet un état vivable dans lequel la souffrance n'est plus aussi forte. Seulement elle empêche le deuil de se faire « *Le deuil admet la perte, la dépression la refuse, la nostalgie la contourne* » (Denis, 1998, p. 145).

Dans le cadre du deuil périnatal la nostalgie est « *le rêve de l'éternel retour d'un temps d'avant l'événement* » (Soubieux, 2008, p. 97). Cette phrase nous amène à penser le deuil périnatal non pas du point de vue dramatique de la perte d'un enfant en devenir, mais également comme la perte d'un idéal de vie. Cet événement traumatique devient pour les parents ce qui fait que plus jamais leur vie familiale ne correspondra à ce qu'ils avaient imaginé. Cette image est valable dans le contexte social dans lequel nous nous trouvons, où la mortalité infantile est très faible et vécue de façon très isolée du reste du groupe humain. Cette perte peut faire ressentir aux parents un sentiment d'exclusion de ce qui est normal, ils se retrouvent alors très seuls, honteux. Nous y reviendrons dans la troisième partie de cette revue de la littérature.

2.2.3.3 Traumatisme

« *Le traumatisme provoqué par la mort d'un fœtus ou d'un bébé peut produire un effet de clôture de la pensée. L'événement traumatique peut devenir un temps arrêté, un temps impersonnel et incorporel. Il s'agit d'un deuil bloqué : il y a effet traumatique sans deuil* » (Soubieux, 2013, p. 120). Ferenczi décrit le traumatisme comme un choc inattendu et violent, une commotion psychique qui anéantit le sentiment de soi. Ce choc entraîne de nombreux mécanismes de défense tel que le clivage du moi. Le sujet se fragmente et cesse d'exister comme un moi global. C'est ce qui lui permet de survivre « *et de commencer à revivre, à rétablir l'unité de la personnalité, avec des amnésies, des fragments de personnalité clivés qui contiennent les parties mortes, dans l'agonie* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 26). Cela rappelle la « crypte » décrite par Torok et N.Abraham lorsqu'ils parlent de l'incorporation.

Pour Freud, le traumatisme, par un accroissement de l'excitation massive fait effraction à la fonction de pare-excitation. Cette excitation est telle qu'elle ne peut être liquidée ou élaborée par les moyens ordinaires. Le sujet se trouve dans l'incapacité de répondre adéquatement et les effets pathogènes sont durables.

A la notion de traumatisme est liée celle d'après-coup. Freud développe l'idée que le traumatisme de base n'apparaît que plus tard lors d'une seconde situation pouvant être anodine. C'est le réchauffement des traumatismes antérieurs par ce second événement qui le rendrait traumatique. Dans une étude de la Tavistock Clinic, intitulée « Comprendre le traumatisme : une approche psychanalytique » (Garland, 1998). il est exposé un autre modèle de compréhension de l'après coup qui s'appuie sur l'idée que le sujet transforme les événements désorganisateur en une expérience familière. C'est ainsi que l'événement actuel se retrouve empreint de la coloration des événements connus.

Ciccone et Ferrant apportent une autre proposition : « *le traumatisme actuel donne forme à des expériences traumatiques passées, qui trouvent dans l'expérience actuelle l'occasion de prendre forme, de se déployer, de se représenter, de prendre sens* » (2009, p. 33). Dans le cadre de notre recherche sur la grossesse qui suit un événement potentiellement traumatique nous allons nous appuyer sur cette considération pour formuler la possibilité d'un

retour sur l'événement passé par l'événement actuel.

Lors de la mort d'un fœtus le deuil peut être bloqué, c'est à dire que l'effet traumatique empêche l'élaboration du deuil « *Seuls le traumatisme et sa reviviscence continuent à alimenter la psyché* » (Soubieux, 2008, p. 104). Le traumatisme peut alors donner lieu à des somatisations. Le corps traduit alors l'impensable. Bydlowski développe le concept de névrose traumatique au sein du périnatal, et en particulier autour de l'accouchement. Elle dégage, à travers l'analyse de cas cliniques, différents éléments concernant des femmes dans l'après-coup d'une grossesse menée à terme mais achevée de manière dramatique et pour lesquelles l'accouchement a été long et difficile. Il a laissé à la patiente un souvenir traumatique. La grossesse suivante est alors qualifiée de « *Grossesse à risque, expression reposant sur l'intuition qu'a l'obstétricien de la répétition possible de l'accident* » (Bydlowski, 1998, chap. 3). Certains points méritent ici toute notre attention.

- L'absence complète d'inquiétude chez la femme avant le premier accouchement.
- La restitution au cours de la grossesse actuelle de souvenirs concernant la grossesse antérieure qui peut donc être considérée comme accident traumatisant. Et donnant lieu à partir du 8ème mois de grossesse à des cauchemars, de l'angoisse et une insomnie.

Lorsque Freud parle du traumatisme il insiste sur le caractère à la fois somatique et psychique du trauma. Ce double caractère est particulièrement adapté à l'accouchement : « *événement somatique chargé en soi de représentations psychiques* » (Bydlowski, 1998, p. 39).

La grossesse qui avait donné lieu à l'accident obstétrical était une grossesse sans rêves, sans appréhension et sans angoisse. Nous pourrions dire sans anticipation. Lors du premier accouchement « *il se produit une brèche dans le refoulement qui va rester latente jusqu'à la grossesse suivante* » (Bydlowski, 1998, p.41). Elle note que l'accouchement devient un traumatisme lorsqu'il est directement relié à la scène primitive et qu'il est emprunt de représentations d'inceste et de la violence qui en découle. Il faut alors absolument dépister ce trauma assez tôt dans la grossesse suivante. En effet, Bydlowski note que dans les cas où le diagnostic de névrose traumatique n'avait pas été posé, les grossesses se sont à nouveau finies de façon dramatique. Lorsqu'il a été reconnu il a permis à l'équipe une vigilance obstétricale, conduisant à des césariennes en urgence, mais qui ont pu donner vie à un enfant en bonne santé. Lorsque le diagnostic a été fait suffisamment tôt, et qu'une collaboration solide s'est nouée entre l'équipe psychiatrique et l'équipe médicale tout au long de la grossesse, celles-ci se sont terminées à terme par des accouchements naturels.

2.2.4 Mort prénatale et objectalisation

2.2.4.1 Fonction désobjectalisante

De la même façon que la notion de fonction objectalisante nous a servie pour comprendre certains mouvements psychiques d'une grossesse normale, la notion de fonction désobjectalisante nous paraît intéressante pour aborder la question du deuil prénatal.

La visée de la pulsion de mort est d'accomplir aussi loin que possible une fonction désobjectalisante par la déliaison. (...) Ce n'est pas seulement la relation à l'objet

qui se trouve attaquée, mais aussi tous les substituts de celui-ci – le moi par exemple, et le fait même de l’investissement en tant qu’il a subi le processus d’objectalisation.
(Green, 1993, p. 122)

La manifestation de la pulsion de mort est alors le désinvestissement. Lorsqu’une malformation est annoncée et qu’elle donne lieu à la décision d’interrompre la grossesse, beaucoup de femmes, note Soulié (Soubieux & Soulié, 2005), expriment une volonté forte que l’interruption ait lieu le plus rapidement possible. Il est alors souvent question pour l’équipe soignante d’aider les parents à réinvestir et réhumaniser leur enfant, c’est en effet ce qui sera porteur d’une possibilité plus importante d’élaboration du deuil. Soubieux (2008) note qu’en psychothérapie, aider les femmes à objectaliser l’enfant, passer du statut narcissique « j’étais enceinte, je ne le suis plus », au statut objectal « j’avais un enfant, il n’est plus », leur permet d’élaborer un deuil qui peut dans le cas inverse rester bloqué ou prendre une tournure mélancoliforme.

Green précise, parlant d’un des « paradoxes les plus troublants de l’expérience psychanalytique » que « *la fonction désobjectalisante, loin de se confondre avec le deuil, est le procédé le plus radical pour s’opposer au travail de deuil qui est au centre des processus de transformation caractéristique de la fonction objectalisante* » (Green, 1993, p. 122). À première vue, nous serions en effet tentés d’aller dans le sens inverse, c’est-à-dire de considérer la désobjectalisation comme le fait « *de retirer toute libido de ses connexions avec cet objet* » (Freud, 1915a, p. 265) donc de la confondre avec le deuil. Mais il ne s’agit nullement de ce processus, puisque le processus du deuil n’est pas d’effacer l’existence même de l’objet, mais d’accepter que celui-ci n’existe plus dans la réalité et qu’il faut alors modifier son monde interne en conséquences. Le processus de deuil est donc du côté de la pulsion de vie, le mécanisme de liaison y est particulièrement à l’œuvre, accompagné du mécanisme de déliaison. Il nous semble donc que la fonction objectalisante est celle qui accompagne ce processus lorsqu’il a lieu normalement. Cependant dans les pertes prénatales, le statut de l’enfant étant encore mal défini, la fonction objectalisante en cours est arrêtée, et le deuil peut prendre une tournure mélancoliforme. Il nous semble que c’est alors la fonction désobjectalisante qui est à l’œuvre et qui attaque les liens par le mécanisme de déliaison : « *Ce n’est pas seulement la relation à l’objet qui se trouve attaquée, mais aussi tous les substituts de celui-ci – le moi par exemple, et le fait même de l’investissement en tant qu’il a subi le processus d’objectalisation* » (Green, 1993, p.122). Dans ce cas c’est donc bien ici la pulsion de mort qui est à l’œuvre.

2.2.4.2 Foetus authentique/foetus tumoral

Le sociologue Boltanski évoque cette instabilité ontologique et sa manipulation, il distingue le foetus authentique « *caractérisé par l’anticipation dont il fait l’objet. À peine formé il est déjà un "bébé"* » (Boltanski, 2004, p. 173) du foetus tumoral où « *tout est fait pour que ne s’investisse en lui que le moins possible de représentations, si ce n’est celle, précisément, d’une tumeur (...) qui doit être extraite avant d’avoir atteint une taille telle que cette opération ne serait plus faisable* » (Boltanski, 2004, p. 174). Ce foetus authentique, investi par ses parents, peut tout à coup basculer de nouveau vers un statut de foetus tumoral, et ce peu importe le terme. Et pourtant, même si certains parents décident d’interrompre la

grossesse le fœtus n'en acquiert pas pour autant systématiquement pour eux un statut de fœtus tumoral, il pourra souvent garder ou retrouver son statut de fœtus authentique, de bébé.

2.2.5 L'entourage

2.2.5.1 Le couple

Chacun des partenaires va vivre ce traumatisme en fonction de sa structure psychique et de ses propres expériences de séparations et de pertes. Dans le cas d'une perte prénatale mais aussi plus largement du décès d'un enfant, le couple va passer par un temps de crise qui le mettra à rude épreuve. L'accompagnement des couples, et non uniquement de la femme seule, semble donc dans ces conditions, nécessaire pour sa survie.



Le point qui nous semble majeur est celui du décalage, décalage temporel, décalage dans le vécu et l'expression des émotions, décalage social. L'homme essaye souvent de soutenir sa femme, n'osant pas alors parler du bébé perdu, ce que la femme interprète comme un manque d'intérêt, comme si ce qui s'était passé, ce qui a été perdu n'était pas important pour lui. De plus, dans notre société occidentale, les hommes se sentent moins autorisés à exprimer leurs émotions ce qui accentue cet effet. Cependant Soubieux note que « *certains couples se sont fortifiés, étonnés eux-mêmes des liens d'attachement plus grands et d'un nouveau rapport plus riche entre eux* » (Soubieux, 2008, p. 116). Finalement, le devenir du couple va

dépendre de la tolérance et de la compréhension que chaque partenaire a de sa propre souffrance et de celle de l'autre : « *Si on sait les aider, les écouter, ils pourront accepter et respecter leurs différences dans leur façon de vivre ce drame et de le surmonter* » (Soubieux, 2008, p. 116).

2.2.5.2 Le père

Comme pour la femme, le devenir père est une construction depuis l'enfance. La sexualité adulte actualise les étapes pré-œdipiennes et œdipiennes du développement autour d'enjeux narcissiques et objectaux en capacité de « donner un bébé » à sa compagne (Korff-Sausse,

2009, p. 114). Si chez la femme, le travail de maternalité s'appuie sur un vécu corporel, chez l'homme il se fonde sur l'imaginaire, la loi et la parole de sa femme qui le reconnaît comme père de l'enfant à venir. « *Pour le devenant père, être confronté à sa femme habitée par un enfant utérin, c'est l'occasion de commémorer simultanément le magnétisme nostalgique et l'inquiétante étrangeté de ses fantasmes originaires* » (Missonnier, 2009, p. 51). C'est aussi l'occasion de revisiter les fantasmes œdipiens en se confrontant à l'arrivée d'un rival dans l'amour de sa compagne et à la différence de sexes, puisqu'il ne peut pas porter de bébé ni l'allaiter, réanimant ainsi le complexe de castration dans sa version masculine. La perte d'un enfant au cours de la grossesse est donc particulièrement effractante pour le père, tant sur le plan narcissique qu'objectal. Ils rapportent trop souvent leur sentiment de ne pas être pris en compte lors de la prise en charge d'un décès prénatal. Pourtant, cette perte va avoir des conséquences psychopathologiques et entraîner des modifications notables dans les processus de paternalité. Nous avons décidé de nous centrer dans ce travail sur les vécus psychiques de la femme mais nous sommes résolument convaincus de l'importance d'explorer les vécus psychiques du devenant père confronté à une perte prénatale.

2.2.5.3 Les grands-parents

Si les parents sont touchés par la perte du fœtus/bébé, les grands-parents le sont aussi. L'investissement narcissique des parents sur les enfants perdure toute la vie durant, ils seront donc eux aussi touchés au plus profond de leur être par cet « échec ». La filiation est interrompue par cette mort qui renverse l'ordre des générations pouvant provoquer de l'angoisse chez les grands-parents. Tout comme les parents, les grands-parents peuvent avoir besoin d'un accompagnement psychologique durant cette période. Leur positionnement est difficile à trouver, entre leur chagrin et la volonté de soutenir leur enfant. Ils se sentent souvent démunis et ont le sentiment de ne pas être capable d'aider leur enfant (Soubieux, 2013).

2.2.5.4 Les aînés

Lorsqu'un couple perd un bébé au cours d'une grossesse, les aînés sont aussi impactés. Selon leur âge et leur développement psychoaffectif ils traiteront différemment cet évènement. L'élaboration du deuil dépendra aussi pour l'enfant de son âge. En effet, avant 5 ans, l'enfant ne reconnaît pas le caractère irréversible de la mort qui n'est pas différente non plus du sommeil. Entre 5 et 9 ans, la notion d'insensibilité s'acquiert mais la mort est une chose contingente. Son caractère définitif et irréversible n'est assimilé que vers l'âge de 9 ans.

L'enfant aura à composer à la fois avec la tristesse de ses parents et avec ses propres capacités d'élaboration de la perte. Chez les tous jeunes enfants, entendre parler du « bébé » malade quand ils sont eux-mêmes encore nommés « bébé » peut entraîner une forte inquiétude et des mouvements de confusion. L'enfant, éprouvant une forte ambivalence à l'égard du bébé qui occupe le ventre de sa mère, peut aussi se sentir particulièrement coupable si celui-ci vient à disparaître. Par ailleurs, à l'instar du processus développemental de la grossesse pour la femme, devenir grand frère ou grande sœur constitue aussi un enjeu de

développement pour l'enfant.

Ainsi le renoncement à l'omnipotence infantile, à l'amour œdipien, à la toute disponibilité parentale, l'intégration de ce partage sans perte pour autant, la confrontation à l'agressivité sans la destructivité sont des étapes de l'accession à la position fraternelle, gage d'une maturité psycho-affective accrue. Lorsque l'enfant disparaît, ce processus reste béant, l'absence de validation par l'épreuve de réalité de cette fraternité non destructrice peut laisser actifs les processus conflictuels. (Beauquier-Maccotta, 2014, p. 41)

La mort d'un bébé pendant la grossesse peut avoir des conséquences plus ou moins importantes et délétères sur la trajectoire de vie d'un aîné. La façon dont les parents seront à même de l'accompagner durant cette période est déterminante et des consultations thérapeutiques peuvent parfois aider à soutenir ce processus.

2.3 Un cas particulier, l'IMG

Une mort prénatale peut survenir pour plusieurs raisons. Elle peut survenir de manière accidentelle comme lors d'une fausse couche ou bien d'une mort fœtale *in utero* (MFIU). Dans le cadre de la législation française, une grossesse peut également être interrompue par décision maternelle. Lorsqu'elle est décidée par les parents une distinction est établie entre l'interruption volontaire de la grossesse (IVG) et l'interruption médicale de grossesse (IMG). En effet, dans le premier cas, la décision d'interrompre la grossesse vient d'un choix de ne pas avoir d'enfant, tandis que lors d'une IMG l'enfant est dans la plupart des cas voulu et désiré et la grossesse est interrompue du fait d'un problème de santé grave de la mère ou du bébé. Ici vient donc se glisser une autre distinction entre l'IMG pour raison maternelle ou pour raison fœtale. Dans l'une la décision est prise pour sauver la vie de la mère, dans l'autre elle est prise pour ne pas mettre au monde un enfant porteur d'une maladie « grave et incurable ». Il apparaît que chaque situation va donc mettre en jeu des problématiques, des fantasmes et des représentations différentes. Nous nous centrons ici sur les interruptions médicales de grossesse pour raison fœtales et essayer de donner les bases de ce qui pourrait expliquer la spécificité d'un deuil lorsqu'il procède de cette décision parentale.

2.3.1 Cadre législatif

Synthèse nationale 2009 de l'agence de Biomédecine. En 2009, 45,9 attestations de gravité pour une IMG ont été délivrées en France par million de femmes en âge de procréer. Il est à noter que la plupart des attestations de gravité en vue d'IMG sont délivrées, au niveau national, avant 21 SA (en moyenne 36,9% entre 15 et 21 SA, 25,5% entre 22 et 27 SA et 12,7% au-delà de 28 SA).

Interruption Médicale de Grossesse. Art. L.2213-1 – « L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, 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. (...) Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif 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, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation. Hors urgence médicale, la femme se voit proposer un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse ».

Inscription sur le livret de famille. Depuis le décret du 22/08/2008, la délivrance d'un acte d'enfant sans vie, dressé à la demande des familles, permet aux femmes ayant accouché d'un enfant mort-né, de disposer d'une mention symbolique de cet enfant, par exemple celle d'un prénom, tant sur le registre de l'état civil que sur le livret de famille. Pour autant, aucune filiation n'est établie et le fœtus n'acquiert pas de personnalité juridique.

Inhumation Crémation. Lorsque l'enfant est né vivant à un terme supérieur ou égal à 22 SA ou d'un poids supérieur à 500g, des obsèques (inhumation ou crémation du corps) sont obligatoires par la famille, qui peut bénéficier d'aides financières. Lorsqu'il est né sans vie après 22 SA ou vivant avant 22 SA, ou d'un poids inférieur à 500g, des funérailles peuvent être organisées par la famille si elles le souhaitent. Dans le cas contraire l'établissement de santé doit prendre une charge un traitement funéraire décent. Lorsqu'il est né mort avant 22 SA, une crémation, seule, n'est possible par les familles que sur dérogation de la mairie de la maternité. La crémation par l'établissement de santé est obligatoire. Certaines communes ont réservé un lieu spécifique dans leur cimetière. En île de France c'est dans le cimetière de Thiais que se trouve le « carré des anges », lieu de mémoire pour les enfants nés sans vie.

Enjeux éthiques. Il apparaît que plus la grossesse avance dans le temps, plus le statut du fœtus en tant qu'humain se précise sur le plan légal. À partir du 2^{ème} trimestre de la grossesse la femme ne peut plus décider seule de la poursuite ou non de la fabrication en son corps d'un membre de la communauté humaine. Il adviendra et devra être accueilli, par sa mère ou des substituts. En revanche, s'il présente un handicap ou une malformation son avenir est à nouveau interrogé. Les professionnels, représentants de la société, décident selon la gravité et la curabilité de la pathologie si ce fœtus vivra ou non : si l'atteinte n'est pas jugée « d'une particulière gravité », ou est réparable, l'IMG est refusée et la grossesse se poursuit ; grave ou irréparable l'interruption est acceptée et le statut du fœtus devient de nouveau précaire. Il appartient alors aux parents, et surtout à la mère, puisque c'est elle seule qui signe la demande d'IMG, de décider de son avenir immédiat. L'IMG vient alors questionner au plus profond le sens du statut humain. Ce dernier est fréquemment considéré comme étant acquis ou non acquis. Or, dans cette clinique du paradoxe, il a à être envisagé comme une variable, synonyme de « *précarité ontologique* » (Missonnier, 2011b) mettant à l'épreuve les représentations individuelles et collectives. Nous sommes là face à un paradoxe majeur : pour le corps médical et plus largement la société ce fœtus peut être considéré comme tumoral ce qui permet de penser et d'agir le geste foeticide, tandis que pour les parents il peut rester leur bébé et les rites actuels ainsi que l'accompagnement des soignants valident en ce sens son statut.

2.3.2 Le Diagnostic Anténatal (DAN)

Depuis les cinquante dernières années, dans les pays industrialisés, avec les avancées de la médecine et l'apparition du diagnostic anténatal, la vision du vécu de la grossesse et de la venue au monde d'un enfant se sont transformés. Dans le cas de la législation française de 1975, l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG), permet, si on a décelé avant la naissance de l'enfant d'éventuelles maladies ou malformations, d'avoir parfois le choix de donner tout de même la vie ou non.

2.3.2.1 L'annonce d'une malformation

En suivant le cheminement que nous avons tracé jusqu'ici nous commençons à percevoir ce que peut impliquer la suspicion puis l'annonce d'une malformation pour des parents enceints. Cet enfant porteur des espoirs de ses parents, qui est venu modifier tant de choses chez eux et entre eux, tout à coup se dérobe. Cette annonce constitue un traumatisme à la fois pour les parents et pour l'échographiste qui la détecte et doit l'annoncer. Chacun va réagir différemment en fonction de son histoire, de ses représentations, de ses mythes familiaux et des traumatismes anciens qui peuvent alors être réactivés. Le fœtus peut alors être « *brutalement désinvesti pour préserver l'enfant imaginaire à venir* » (David, 1997, p. 85).

Il peut être désinvesti ou objet de haine lorsqu'il vient à manquer à ses devoirs, c'est-à-dire lorsqu'il cesse d'être un objet sur lequel il est possible de projeter son enfant imaginaire et un être qui sera capable de remplir son mandat transgénérationnel. (Soubieux & Soulé, 2005, p. 49).

Dans certains services donc, quand le médecin décèle une anomalie, par exemple à l'échographie, « *il ne communique pas uniquement autour de cela mais il décrit l'ensemble du fœtus avant d'évoquer l'anomalie pour ne pas réduire le fœtus à son altération* » (Clerget, 2007). Dans beaucoup de cas le diagnostic se fait en plusieurs examens, chacun étant perçu comme un pas de plus vers la confirmation de la gravité de la situation. Cette succession d'examens et d'annonces peuvent parfois être vécus de façon traumatique mais le plus souvent ils permettent aux parents la mise en place d'une angoisse signal, les protégeant des effets pathologiques d'éventuels traumatismes.

2.3.2.2 Décision, entretien pré IMG

Lors de l'annonce de malformation le médecin évoque avec les parents les différentes options qui s'offrent à eux. Il leur est souvent conseillé de rencontrer les spécialistes concernés par la pathologie fœtale. Est alors évoquée la possibilité de l'IMG. La demande d'IMG émane des parents puis est évaluée par un CPDPN (Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal). La prise de décision repose sur un avis collégial, bien codifié mais est cependant effectuée au cas par cas, prenant en compte les problèmes éthiques, psychologiques et religieux, parfois difficiles à résoudre. En effet, il n'y a pas de liste préétablie autorisant ou non l'IMG.

Si certaines situations ne posent pas de difficultés aux médecins, parce qu'elles sont létales à court terme ou au contraire parce que les anomalies sont considérées comme

mineures et curables, il existe une « zone grise » (Amann, 2003) où la situation diagnostique ou pronostique est incertaine, et la décision ne va pas de soi. (De Wailly, 2015, p. 37).

Les parents et l'équipe médicale sont alors détenteurs d'un pouvoir difficile à assumer. Les parents souhaiteraient parfois que le fœtus meurt seul, ne pas avoir à prendre la décision. L'équipe médicale doit être attentive à laisser la place aux parents pour qu'ils puissent se sentir comme tels, sans pour autant faire peser sur eux seuls la terrible décision (Soubieux, 2008). Comme beaucoup de praticiens, David souligne l'importance de « *laisser un temps minimum aux familles pour que les mécanismes d'évitement soient relayés dans un deuxième temps par une confrontation psychique à la réalité et par une réflexion.(...)* Il faut souligner ces deux temps : évitement, puis confrontation » (David et al., 1995, p. 85). Ce délai, qui n'a aucune limite dans le temps tant que la vie de la mère elle-même n'est pas en danger, offre aux parents la possibilité de mieux comprendre le diagnostic et les conséquences de la pathologie de leur futur enfant. Pour Soubieux, cela doit être un « *temps d'accompagnement et de présence favorisant l'élaboration de la pensée. (...) La prise en compte des sentiments d'ambivalence amène fréquemment un réaménagement des positions affirmées aussitôt après l'annonce* » (Soubieux & Soulé, 2005, p. 68).

Dans certains services des entretiens avec la sage-femme avant l'IMG sont proposés. Entretiens qui permettent d'expliquer aux couples le déroulement de l'hospitalisation et de l'IMG. Elles abordent aussi l'accouchement du fœtus, la possibilité de le voir, d'avoir des photos, de laisser des objets, d'organiser des obsèques, mais aussi les rites religieux, le devenir du corps, l'autopsie, la déclaration à l'état civil et sur le livret de famille, le congé maternité. Ces entretiens sont très compliqués à mener et demandent de la part de la sage-femme des grandes qualités d'écoute et d'empathie, mais aussi de mise à distance des émotions. « *Cet entretien mobilise l'angoisse signal des parents et leur permet une anticipation adaptative et créative de la situation au lieu de les laisser dans une angoisse automatique, sidérante, désorganisatrice* » (Soubieux, 2008, p.21).

2.3.2.3 Mettre au monde un enfant mort, l'IMG et l'accouchement

- Si elle est pratiquée avant 22 semaines d'aménorrhée, on administre tout d'abord des médicaments appelés anti-progestérone, visant à arrêter la grossesse. Puis environ 48 heures plus tard, le travail est déclenché par la prise de prostaglandines qui vont dilater le col de l'utérus et déclencher les contractions.
- Si l'IMG est pratiquée après 22 semaines d'aménorrhée, alors il est nécessaire de mettre en premier lieu un terme à la vie du fœtus car, à partir de ce délai, il peut être expulsé encore vivant. Pour ce faire, le médecin introduit à travers le ventre de la femme une aiguille dans le cordon ombilical du fœtus, afin de lui administrer un produit qui mettra fin à sa vie in-utero. Le travail est ensuite déclenché par la prise de prostaglandines afin de procéder à l'accouchement sous péridurale.

Ces moments sont particulièrement difficiles à vivre pour le couple qui est alors confronté à la réalité du diagnostic, à la réalité du corps de l'enfant. Lorsque ce sont des femmes primipares, l'accouchement est déjà un moment angoissant et inconnu. Mais lorsqu'il s'agit

de donner naissance à un enfant mort il y a une confrontation de représentations inconciliables. Le rôle de l'équipe soignante est alors primordial, il s'agit de rassurer la mère sur sa propre santé, de lutter contre la panique (Dumoulin, 2003).

Bien que certaines femmes soient horrifiées lorsqu'on leur explique que l'accouchement aura lieu par voie basse et qu'elles seront conscientes, « *l'accouchement fait partie du processus de maternité et certaines femmes le revendiquent ensuite* » (Soubieux, 2008, p. 24). Elles ont porté le bébé, dans leur corps et dans leur tête et sont allées jusqu'au bout en accouchant, elles sont devenues mères. Pour d'autres, si l'équipe pense que l'accouchement ne sera pas supporté, il est nécessaire de les endormir.

2.3.3 Humanisation de l'enfant

Dans le contexte de deuil périnatal, la réaction de l'équipe de soin, et les différents gestes proposés aux parents sont d'une importance majeure.

La rencontre signifiante est celle que la femme enceinte et son compagnon construisent avec l'équipe de soins dans son ensemble, véritable parcours thérapeutique où s'intriquent le corps et la psyché, le passé et le présent, le fantasme et la réalité, cheminement à l'issue duquel ils pourront rester parents. (Alvarez et al., 2008, p. 476)

Il est assez communément reconnu que la présentation de l'enfant aux parents, ainsi que les différents rituels proposés : nommer, photographier, éventuellement enterrer l'enfant, sont salutaires. Dans le modèle de la relation d'objet que propose Irving Leon, le deuil est compliqué par la sidération, l'impression que rien n'est réel :

Il est donc logique que le fait de nommer, de voir, de tenir et d'enterrer son enfant mort puisse grandement faciliter le processus de deuil en favorisant la création d'une identité distincte pour cet enfant et en rendant la grossesse et la mort plus réelles. Il n'est pas surprenant que la majorité des chercheurs qui ont étudié la perte périnatale et que tous les cliniciens qui ont travaillé avec ces parents recommandent fortement de fournir aux parents des opportunités de reconnaître la réalité de l'enfant mort et d'encourager l'attachement au nouveau-né de façon à pouvoir le pleurer plus complètement. (Leon, 1996b, p. 18)

La présentation de l'enfant semble essentielle pour empêcher « *l'évitement phobique lors de la perte* » (David et al., 1995).

Cependant, une étude ultérieure (P. Hughes et al., 2002), comparant les femmes ayant vu et touché leur enfant mort à celles ne l'ayant ni vu ni touché a observé un phénomène inverse. En effet, cette étude montre que les femmes l'ayant vu et touché sont plus déprimées, ont des symptômes plus intenses de stress post-traumatique, et que leur enfant suivant aura un modèle d'attachement plus fréquemment désorganisé que les mères n'ayant ni vu ni touché leur enfant. La façon dont la présentation est faite dépend aussi des propres répulsions de l'équipe médicale aux malformations et à l'aspect physique du bébé. Ceci nous amène à souligner l'importance que ces rituels soient médiatisés et non pas pratiqués de manière systématique et déshumanisante, ce qui apparaîtrait comme une agression supplémentaire (David, 1997). Dans une étude (Forrest et al., 1982), il a été montré l'importance des opportunités de parler avec l'équipe de ce qui s'est mal passé, d'un temps d'hospitalisation non précipité, et des différents rituels qui accompagnent la naissance de l'enfant mort. « *Des*

retrouvailles insuffisamment préparées comportent pour les parents autant de potentialité traumatique que la privation de la présence du bébé » (Alvarez et al., 2008, p. 476). Bitouzé souligne également l'importance de prendre en considération le sens donné par les parents à la perte,

... si le couple considère clairement que cette IMG ne représente pas la mort d'un bébé, mais l'échec d'une grossesse, les incitations répétées à voir le fœtus et à le toucher peuvent être ressenties comme des pressions pour personnaliser un décès qu'ils ne perçoivent pas comme tel et, par conséquent, comme une non-respect de leur position parentale. (Bitouzé, 1998, p. 53)

Memmi questionne ce point particulier des pratiques hospitalières autour du décès d'un enfant né sans vie. Elle vient interroger « *le caractère scientifiquement incertain de ces pratiques* ». De façon plus large, Dominique Memmi s'interroge sur ce que le récent changement des conduites vient dire de la redéfinition contemporaine des identités : « *Que s'est-il donc passé, plus généralement pour que se répande une réflexivité nouvelle sur la trace face à la mort ? Pour que le « reste », matériel et concret, se présente aujourd'hui comme désirable pour objectiver la perte ? Pour que le support corporel serve de métonymie infiniment désirable pour penser le « tout » de l'autre et de soi-même ?* » (Memmi, 2011, p. 16).

Elle va s'attacher à essayer de comprendre le revirement rapide des pratiques hospitalières qui s'est opéré entre les années 1980 et 1990. Elle tente ainsi d'ôter « *l'accent d'intemporalité* » attribué à ces nouvelles coutumes. Un premier constat est celui de la contradiction qui existe entre les services d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG). En effet, dans les services où des IMG sont pratiquées il est courant d'encourager les parents à voir et porter leur enfant, tandis que pour les IVG on considère que c'est un fœtus, un « déchet » qu'il ne convient pas de montrer ou de représenter. Le bébé qui est montré est placé dans le monde des vivants, il est lavé, couvert, souvent avec un bonnet et une peluche à côté de lui, comme « *endormi et socialisé* ». Cela permettrait dans un premier temps de partager des souvenirs avec lui, puis de le penser décédé dans un deuxième temps. « *Le fœtus qu'on a « tué » devient une fois expulsé un bébé mort* » (Memmi, 2011, p. 56). Il permet de faire de la femme précédemment enceinte une mère, avec un père qui reconnaissent socialement leur enfant et de qui la souffrance sera reconnue.

Or, il est impossible de trouver dans la littérature une preuve scientifique de la nécessité de voir et toucher le bébé pour pouvoir entamer l'élaboration du deuil. Des enquêtes ont été menées, mais aucune ne fait clairement apparaître des résultats de cet ordre, et la plupart ne sont pas statistiquement pertinentes. Il faut alors se questionner sur les nouveaux appuis théoriques qui sous-tendent le concept de « désir d'enfant » pour comprendre la souffrance attribuée aujourd'hui à son « avortement ». Dans un contexte plus large, Memmi ouvre le débat sur le traitement de la mort aujourd'hui. Face à une disparition sociale des rituels religieux, des rituels laïques se mettent en place pour penser le mort et la mort.

Le souci des professionnels de rendre la gravitas aux individus dicte différents bricolages, formations défensives qui seraient moins retour au passé qu'invention adaptative visant à freiner, par le poids de chair dont elle leste les sujets, la fragmenta-

tion des identités individuelles et collectives régulièrement fragilisées (Memmi, 2011, p. 193).

2.4 Une grossesse après un deuil prénatal

Cette partie est une version légèrement remaniée d'un article publié dans la Revue de Médecine Périnatale (Meriot et al., 2014)

Entre peur de la répétition et peur de la confusion, entre crainte de l'investissement et peur de l'abandon, entre souvenir et espoir, les familles oscillent souvent dans cet entre-deux où pulsion de vie et pulsion de mort résonnent en écho. (Nezelof, 2009, p. 189)

Il a été constaté qu'à la suite d'une perte périnatale, les taux de conception augmentent (Vogel & Knox, 1975). « *Souvent après la mort du bébé, les parents souhaitent avoir rapidement un autre enfant. La conception est parfois perçue comme le seul remède à leur douleur insupportable* » (Soubieux, 2008 p. 123). Cuisinier et al. (1996) montrent que 86% des patientes démarreront une nouvelle grossesse dans les 18 mois suivant la perte. « *ça me surprend. Cette façon de vivre cette grossesse. C'est très différent des deux premières* » nous dira une femme enceinte après avoir vécu une IMG. Les femmes reçues en consultations dans ce contexte confrontent les soignants à des problématiques moins habituelles et très mobilisatrices. Les deux grossesses se mélangent, donnant un sentiment de confusion, « *lors des consultations, la tristesse, le manque d'élation contrastent avec les grossesses habituelles* » (Squires, 2004, p. 276). L'angoisse est au premier plan. Au fil des dates anniversaires et des étapes de gestation, le deuil se superpose au processus de la grossesse, créant des mouvements psychiques compliqués tant chez la femme que chez les soignants. La compréhension des spécificités de cette grossesse suivante est donc primordiale tant pour les psychistes que les somaticiens qui sont amenés à accompagner ces femmes, ces couples.

Par ailleurs, le temps de la grossesse apparaît comme un moment charnière où se mettent en place les prémices de la relation de la mère à son bébé. La problématique de l'enfant de remplacement a été évoquée de nombreuses fois, mais est-ce réellement le seul destin de cet enfant suivant ? De Wailly (2015), propose la figure de l'enfant palimpseste :

Nous considérons que le palimpseste illustre particulièrement la spécificité de ce qui se joue entre ces deux enfants dans le cas d'une grossesse suivant une perte prénatale. Alors que l'enfant de remplacement donne un tableau extrême dans lequel le suivant viendrait « remplacer » le précédent, décédé donc l'effacer, il nous semble que l'enfant suivant peut prendre, dans les représentations parentales, toute une gamme de coloris allant d'une absence de différenciation et d'une identification à l'enfant mort à un enfant différencié. Entre les deux, existe tout un dégradé possible dans l'intensité de la résurgence de l'écrit précédent. (De Wailly, 2015, p. 536-537)

De quelle façon peut-on entendre les mères au cours de la grossesse pour leur permettre d'accoucher d'un autre enfant, bien différencié et pourtant accepté ?

2.4.1 Temps entre les grossesses

Après avoir perdu un bébé la question se pose souvent rapidement pour les femmes de commencer une nouvelle grossesse. Parfois très vite comme une urgence pour survivre, parfois avec plus de retenue. L'ambivalence, plus ou moins consciente, est souvent très forte dans ce désir de grossesse. Une femme par exemple nous disait ne pas vouloir retomber enceinte et avoir pourtant décidé de ne pas utiliser de méthode contraceptive. À l'inverse une autre voulait être enceinte le plus vite possible et presque un an s'est écoulé avant qu'une grossesse ne démarre. Avant d'essayer d'être de nouveau enceinte les femmes consultent souvent leur sage-femme ou gynécologue et les réponses sont alors différentes d'une personne à l'autre. Un rapide tour sur les forums permet de prendre la mesure de la diversité des informations données à ce sujet, des plus réservées aux plus personnelles. Comme cette femme qui raconte qu'une aide-soignante est venue la voir le lendemain de son accouchement lui disant qu'elle avait vécu la même histoire et qu'elle avait été sauvée par le fait « d'en faire un autre le plus vite possible ». La panoplie des réponses des soignants est sûrement en écho aux diverses recherches sur le sujet.

En effet, au-delà de l'aspect médical, la question du délai nécessaire pour concevoir un autre enfant suite à une mort prénatale suscite beaucoup de discussions et de controverses. Certains auteurs considèrent qu'un « *temps d'élaboration du désir d'un nouvel enfant différent est nécessaire* » (David et al., 1995, p. 1877). Bowlby suggère dans « Perte et Attachement » (1978) d'attendre un an. Il est en effet souvent décrit une diminution importante du deuil et des affects négatifs qui lui sont reliés au bout d'un an suivant la perte, Bowlby considérant alors qu'une nouvelle grossesse ne devrait démarrer avant la résolution du deuil. D'autres auteurs ont décrit, dans le cadre de la mort prénatale, un deuil actif d'au moins six mois et une persistance d'éléments dépressifs jusqu'à deux ans après (Badenhorst & Hughes, 2007). Certains, en revanche, ne voient pas de différence concernant l'évolution du deuil en fonction du délai à concevoir (LaRoche et al., 1982) mais ils ne s'attachent alors pas aux effets sur la relation avec le bébé suivant. Selon Lewis (1979), une grossesse trop rapprochée de la mort du bébé inhiberait le deuil et pourrait conduire à une idéalisation de l'enfant suivant ou à l'inverse à des mouvements de rejet et de maltraitance. Une autre étude montre que le fait de devenir rapidement enceinte peut prolonger le deuil et majorer la difficulté à s'attacher à l'enfant (Rowe et al., 1978). Hughes et son équipe soulignent également que le risque de dépression est plus élevé pour les femmes dont la grossesse survient moins d'un an après le décès (P. M. Hughes et al., 1999). Cependant, une étude de Franche(2001) est venue modérer cette affirmation mettant en évidence sur un petit échantillon qu'un long délai entre la perte fœtale et la conception était associé à des difficultés à faire face à cette nouvelle grossesse et une tendance plus forte au désespoir. Certaines études enfin (Wolff et al., 1970) considèrent la grossesse suivante comme un indice de résolution du deuil, comme nous le verrons par la suite.

Il apparaît donc que les études qui portent sur le « bon délai » entre la perte et la nouvelle grossesse sont contradictoires. La différence dans la construction et dans les objectifs de ces recherches peut en partie expliquer ces résultats. Néanmoins, il nous semble qu'une autre explication pourrait venir de l'individualité et de la subjectivité de cette décision. En effet, pour chaque femme, chaque histoire, chaque couple, une nouvelle grossesse peut prendre

un sens différent. Il est difficile de « *différencier les mères pour qui la grossesse suivante aide à résoudre la problématique de deuil et les mères qui l'évitent* » (Squires, 2004, p. 272). Il apparaît en tout cas dans de nombreuses études que « *les conseils sont toujours mal reçus* » (Squires, 2004, p. 272), et qu'il est préférable que les soignants soient dans l'écoute et l'accompagnement du projet des parents plutôt que dans une tentative d'indiquer une bonne façon de faire. Néanmoins, il apparaît important que les parents reçoivent de la part des professionnels les informations sur les possibles difficultés émotionnelles d'une grossesse subséquente, ainsi que sur les risques ou les conséquences possible de retarder ou non la prochaine grossesse (Chan, 2011).

2.4.2 Grossesse suivante, résolutive ou empêchant le processus de deuil ?

Il a souvent été noté par les auteurs qu'une grossesse après une perte prénatale peut empêcher le processus d'élaboration du deuil et conduire à sa négation. Certains pensent qu'une nouvelle grossesse agit comme un mécanisme de déni du deuil et donc en bloque son processus (Rowe et al., 1978). Scheidt a réalisé plus récemment une étude qui montrait une réactualisation du deuil durant une nouvelle grossesse pour un tiers des femmes de l'échantillon (Scheidt et al., 2008). Cependant « *la grossesse ne s'oppose pas toujours au travail de deuil comme cela a été fréquemment décrit* » (Soubieux, 2013, p. 147). Jensen et Zahourek (1972) considèrent d'ailleurs la grossesse suivante comme un indice de résolution du deuil. Certaines études mettent en évidence une diminution des scores de deuil à la perinatal grief scale (Barr, 2006; Lin & Lasker, 1996). L'étude réalisée par Barr souligne bien le lien entre diminution du score de deuil et nouvelle grossesse par rapport à des femmes ayant seulement le projet d'avoir un autre enfant et pour qui le score de deuil reste plus élevé. Les résultats des études sont donc contradictoires.

Peut-être que la question devrait être posée différemment : la grossesse suivante a-t-elle une fonction dans le travail du deuil prénatal ? Soubieux, au regard de sa clinique constate que la nouvelle grossesse peut venir réveiller le travail de deuil et par un processus créatif le réélaborer. D'autres auteurs (Bur, 1996; Nezelof, 2009; Nezelof et al., 2006) ont également noté les aspects réorganisateur de la nouvelle grossesse, tant au niveau de l'élaboration du deuil que de la réparation narcissique pour la femme qui peut se sentir mère. « *La grossesse apporte un espoir et lutte contre l'immobilisme psychique* » (Soubieux, 2013, p. 147). Nous pouvons donc dire que, si la grossesse suivante le réactive, elle peut aussi être la voie pour élaborer un deuil qui aurait pu rester figé.

2.4.3 Spécificité de la grossesse suivant un deuil prénatal

La nouvelle grossesse, à la fois porteuse de l'espoir de vie signe aussi la virtualité d'un nouveau drame. Elle est alors souvent reçue par les couples avec cette ambivalence. La joie est parfois prédominante, pour d'autres c'est la tristesse qui déborde. C'est « *une tâche à accomplir* » (Squires, 2004) parfois un « *véritable chemin de croix à accomplir* » (Soubieux, 2008). Pour d'autres encore la surprise vient parler de ce vécu paradoxal. L'annonce de cette nouvelle grossesse est le plus souvent reçue sans plaisir et avec ambivalence. Elle est toujours vécue comme une grossesse à risque. Un certain nombre d'études ont porté sur la grossesse suivant une IMG. Ces recherches sont principalement dans un référentiel

psychiatrique ou psychologie médicale. Nous compléterons les données de la littérature par les quelques références en psychopathologie psychanalytique portant sur ce sujet. Nous aborderons dans un premier temps l'impact sur le corps. Puis nous nous pencherons sur les affects dépressifs et l'angoisse. Nous aborderons également la description d'états de stress post-traumatiques. Afin d'éviter les redondances nous aborderons la honte et la culpabilité dans ce contexte uniquement dans le chapitre concerné (voir Chapitre 3).

2.4.3.1 Le corps

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

Les sensations corporelles que décrivent ces femmes ne sont pas celles d'une grossesse ordinaire pour la grande majorité d'entre elles. Ces sensations peuvent être empreintes de l'idée terrifiante d'avoir porté la mort dans son propre corps et d'en garder encore les stigmates : « *quelque fois le ventre est vécu comme un véritable tombeau qui ne peut que donner la mort [...] Tout semble immobile. Le ventre est à peine arrondi, inerte. Le corps n'est que lourdeur, épuisement, empâtement* » (Soubieux, 2013, p. 143). Dans de rares cas, les sensations corporelles seront amplifiées, comme une preuve de la vie possible de ce nouveau fœtus « *le drame antérieur peut conduire à vivre la grossesse avec plus d'intensité* » (Soubieux, 2013, p. 143).

Il a été décrit diverses manifestations lors de la grossesse suivant une mort *in utero* : « *Le ventre qui reste désespérément plat, le verbe lent, une fatigue excessive, divers maux évoqués (...) des hospitalisations fréquentes, des menaces d'accouchement prématurés, le col qui ne s'ouvre pas lors du travail d'accouchement* » (Squires, 2002, p.57). La grossesse sera plus fréquemment accompagnée de comorbidités, telles un diabète gestationnel ou une hypertension artérielle (Soubieux 2008). Les contractions utérines seront retrouvées très fréquemment ainsi que les menaces d'accouchement prématuré (Squires, 1999); ces dernières venant ainsi traduire dans le corps cette crainte de la femme de ne pouvoir être « suffisamment contenante » pour un être humain à venir. À cela peut aussi s'ajouter la symptomatologie physique d'une dépression (fatigue, ralentissement, troubles du sommeil etc.) (Hunfeld et al., 1997).

Nous avons retrouvé peu de publications sur les complications obstétricales de ces grossesses. Ceci nous semble être une piste d'étude intéressante. Il serait par exemple intéressant de recenser le nombre d'accouchement par césarienne lors d'une grossesse faisant suite à une mort prénatale, ce qui symboliquement dans ce contexte ne serait pas neutre.

2.4.3.2 Affects dépressifs

Plusieurs auteurs ont montré que les symptômes dépressifs étaient plus fréquents et plus intenses lors d'une grossesse qui suivait un décès périnatal que lors d'une grossesse menée à terme (DeBackere et al., 2008). Les échelles utilisées pour mesurer la dépression différaient selon ces études ce qui renforce la valeur de ce résultat (Beck Depression Inventory, Edinburgh Prenatal Depression Scale, Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale).

Hughes et ses collaborateurs (1999) ont mis en évidence que les symptômes dépressifs sont les plus intenses au troisième trimestre de la grossesse suivante. Enfin, les femmes ayant fait l'expérience d'une perte fœtale sont sujettes à des dépressions de durée plus longue pouvant aller jusqu'à un an (Davis et al., 1988). « *La nouvelle grossesse est souvent cachée et se déroule dans le silence* » (Soubieux, 2013, p. 140). Les parents ne se sentent plus tout à fait capables de mettre au monde un enfant bien portant. Ils ont peur de décevoir leurs familles une nouvelle fois et « *leur sentiment d'estime de soi est perturbé* » (Soubieux, 2008). Souvent, leur entourage ne parle plus de la grossesse d'avant, voulant se focaliser sur l'avenir. Les femmes vivent alors cette nouvelle grossesse dans une profonde solitude intérieure. Nous pouvons parler ici d'affects dépressifs liés à la perte prénatale qui vont se manifester au moment de la grossesse suivante :

Cette nouvelle conception apparaît figée par la perte (...) Le masque de la grossesse s'efface devant un visage immobile, inquiet. Des femmes habituellement coquettes ne se fardent plus, vêtues de couleurs sombres, dans des tenues peu recherchées. Un certain ralentissement, un émoussement des affects est visible. (Squires, 2004, p. 276)

Cet état affectif marque la spécificité du deuil prénatal avec tout son potentiel mélancolique. Dans son « modèle multidimensionnel », Leon (1995) explique de quelle façon la grossesse réalise des ambitions narcissiques cruciales. Tout d'abord, elle favorise le sentiment d'omnipotence, à la fois dans l'acte de créer mais également par le fait de devenir mère, empreinte de toute puissance dans l'esprit de l'enfant. La grossesse est également un moment d'affirmation de sa féminité. Et enfin, elle sert de « *défense narcissique vitale contre l'angoisse de mort grâce à un sentiment d'immortalité réalisé par la perpétuation biologique dans la prochaine génération* » (Leon, 1996a, par. 18). Lorsqu'une malformation est annoncée et qu'elle donne lieu à la décision d'interrompre la grossesse, beaucoup de femmes, note Soulé, expriment une volonté forte que l'interruption ait lieu le plus rapidement possible (Soubieux et Soulé, 2005). « *On assiste dans ces cas à une situation apparemment contradictoire entre l'intense investissement psychique du fœtus jusque-là et l'immédiat désinvestissement dont il semble pourtant pouvoir faire l'objet. Et c'est là que la comparaison nous semble pertinente avec l'objet mélancolique, porteur, selon S. Freud, d'une contradiction analogue* » (Golse, 2002, p. 25). Il est alors souvent question pour l'équipe soignante d'aider les parents à réinvestir et réhumaniser leur enfant. C'est en effet ce qui sera porteur d'une possibilité plus importante d'élaboration du deuil. Soubieux note qu'en psychothérapie, aider les femmes à objectaliser l'enfant, passer du statut narcissique « *j'étais enceinte, je ne le suis plus* », au statut objectal « *j'avais un enfant, il n'est plus* », leur permet d'élaborer un deuil qui peut dans le cas inverse rester bloqué ou prendre une tournure mélancoliforme. Sans aller jusqu'à un réel état mélancolique ou une dépression, il apparaît que lors de la grossesse qui suit un deuil prénatal les affects de tristesse et de perte de l'estime de soi sont souvent réactivés et ont une importance majeure dans le vécu psychique des femmes. De Wailly (2015) a récemment montré que si l'état mélancolique accompagne une absence d'élaboration du deuil, la dépressivité à l'inverse « *reflète les remaniements inhérents à la grossesse ainsi que le travail psychique lié à l'élaboration progressive de la perte, contribuant à donner une place au fœtus/bébé attendu* » (De Wailly, 2015, p. 473). La dépressivité est alors considérée comme un marqueur de l'élaboration du

deuil.

2.4.3.3 Angoisse

Les études de psychologie médicales ont mesuré que l'anxiété est significativement plus élevée chez la majorité des femmes (64.7%) lors de la grossesse qui suit une perte périnatale (DeBackere et al., 2008). Une équipe américaine a affiné ces données en mettant en évidence que le niveau d'anxiété était supérieur en cas d'antécédent de perte périnatale même si le niveau « d'optimisme » concernant la grossesse en cours était similaire (Cote-Arsenault, 2003). Cette même équipe a démontré que l'anxiété lors de la grossesse suivante était d'autant plus élevée que la mère assignait une personnalité au fœtus décédé (Cote-Arsenault & Dombeck, 2001). Armstrong et Hutti (1998) quant à eux, ont mis en évidence dès leurs premiers travaux que le niveau d'anxiété pendant la grossesse qui suivait la mort prénatale était inversement lié au degré d'attachement prénatal, concept que nous définirons plus loin. Cela signifie donc que moins le bébé à venir peut être investi, plus les manifestations anxieuses sont élevées.

D'autre part, les études s'intéressant à l'évolution de l'anxiété en fonction du stade de la grossesse ont conclu que l'anxiété était plus élevée au premier trimestre qu'au troisième trimestre, que la femme ait un antécédent de décès périnatal ou non (Tsatsara & Johnson, 2006; Cote-Arsenault, 2007).

Enfin, le degré d'anxiété à la grossesse suivant une perte périnatale est plus élevé si le délai entre les deux grossesses est inférieur à douze mois (P. M. Hughes et al., 1999).

Du point de vue psycho-dynamique, l'angoisse semble être l'élément clinique majeur des grossesses suivant une mort *in utero* : « *L'absence de joie s'accompagne d'une tension extrême à la crainte de la récurrence* » (Squires, 2004, p. 276). « *Les couples s'empêchent de se projeter dans le futur comme s'ils cherchaient à s'immuniser contre un événement dont ils redoutent l'issue. Ils luttent contre le désir de s'attacher à cet enfant qui pourrait se dérober à nouveau* » (Soubieux, 2013, p. 140). Comme nous l'avons vu, il a été retrouvé dans de nombreuses études (Armstrong & Hutti, 1998; Tsatsara & Johnson, 2006; Cote-Arsenault, 2007, 2003) que le niveau d'angoisse et d'anxiété est beaucoup plus élevé que dans des grossesses sans antécédents. Elle est d'autant plus vive à l'approche des dates anniversaire, tant sur le calendrier que dans les stades de la grossesse suivante (terme ou date de la mort). « *L'angoisse de revivre la même chose, l'angoisse de découvrir les mêmes problèmes, l'angoisse de ne plus sentir le bébé bouger, l'angoisse de le voir immobile à l'échographie (...) l'angoisse de ne jamais y arriver* » (Soubieux, 2013, p. 140) Pour cause, ces femmes sont porteuses de l'immense responsabilité de devoir mettre au monde un enfant bien portant. Le vécu global de la grossesse est alors teinté par cette angoisse. Le ressenti des mouvements fœtaux par exemple n'est pas source de projection et de rêverie. Ces mouvements sont marqueurs de la vitalité du fœtus et sont source de panique lorsqu'ils s'arrêtent.

Squires remarque, quant à elle, que l'angoisse n'est pas sans lien avec les affects dépressifs. C'est lorsque les femmes commencent à être rassurées, par les examens médicaux, sur l'issue positive de cette nouvelle grossesse qu'elles semblent reprendre goût à la vie. Cet

état est néanmoins fragile et soumis aux inquiétudes de chaque nouvel examen, de chaque nouvelle date.

2.4.3.4 Stress Post traumatique

L'état de stress post-traumatique se caractérise par un ensemble de symptômes survenant après un événement traumatique au cours duquel le sujet s'est senti menacé dans son intégrité physique et psychique. On note ainsi principalement la présence de souvenirs répétitifs, de flashs associés au sentiment de revivre l'évènement traumatique et de manifestations neurovégétatives de stress (hyper vigilance, difficulté d'endormissement).

Une étude américaine s'est intéressée à la présence éventuelle d'un état de stress post-traumatique à la grossesse suivant un bébé mort-né et a constaté que des symptômes post-traumatiques étaient présents de façon significative jusqu'à la naissance du nouveau bébé (Turton et al., 2001). De plus, il a été constaté qu'un délai court entre la perte et la nouvelle grossesse augmente le risque d'état de stress post traumatique.

2.4.4 Vécu de la relation mère-foetus/bébé

Le temps de la grossesse est aussi marqué par l'émergence d'une relation entre la mère et son futur bébé. Comment peut-elle s'instaurer lorsque « l'ombre de l'enfant non né » plane sur cette nouvelle grossesse (Squires, 2004) ?

2.4.4.1 Absence de rêverie maternelle et difficulté d'investissement du bébé à venir

Il est très difficile pour une femme ayant perdu un foetus/bébé d'investir pleinement cette nouvelle grossesse caractérisée par l'agressivité. En effet, cette mère s'investit concrètement dans sa grossesse, réalise tous les examens nécessaires, adopte les comportements et les recommandations données par les soignants afin de donner les meilleures chances possibles à son bébé et à elle-même. Mais simultanément, persiste dans son esprit l'idée que la grossesse risque de ne pas aboutir (Cote-Arsenault & Dombeck, 2001). Pour elle, « être enceinte » n'est plus synonyme de donner naissance à un enfant. Cette idée a volé en éclat du fait de la perte fœtale (Cote-Arsenault & Marshall, 2000). Jusqu'à la naissance, ce sera l'insoutenable attente.

Investir l'enfant ne semble donc plus possible. « *Cette nouvelle conception apparaît figée par la perte* » (Squires, 2004, p. 276). La capacité de rêverie maternelle est nettement diminuée voire absente en début de grossesse. « *C'est une période de blanc de fantasmes où l'anticipation et les rêveries sont entravées, voire impossibles* » (Soubieux, 2013, p. 142). La capacité de rêverie pourra réapparaître quand le foetus bougera et que certaines dates anniversaires seront passées. Pourtant, les mouvements du foetus n'éveillent pas la même vie imaginaire que lors des grossesses habituelles. Les représentations maternelles, dans la majorité des cas, sont sidérées. Les femmes ne parlent pas de leur bébé. Elles ne peuvent anticiper son arrivée. Toute leur énergie est concentrée sur cette interminable attente.

2.4.4.2 Différenciation des deux grossesses

Il est fréquent que, lors de la nouvelle grossesse, les représentations du fœtus mort se superposent avec celles, très pauvres, du bébé à venir. Dans d'autres cas le fœtus mort envahit tout le psychisme de la mère (Soubieux, 2008). En effet, les images de la rencontre avec le fœtus mort, parfois par l'absence d'accompagnement de l'équipe soignante et d'élaboration psychique, peuvent rester figées dans la psyché parentale : « *Ce moment traumatique immobilise ainsi l'enfant narcissique du dedans et le met sous séquestre* » (Bydlowski, 2011, p. 13). Lors d'une grossesse suivante, ces représentations peuvent ressurgir et il est souvent décrit une difficulté alors à différencier les deux grossesses et les deux fœtus « *l'enfant «séquestré» peut se maintenir envers et contre le nouvel objet qui, pourtant présent, n'est pas perçu* » (Bydlowski, 2011, p. 13). Cette différenciation va pourtant s'avérer nécessaire pour que le lien à l'enfant suivant ne soit pas fusionné avec l'enfant perdu, pour que le dernier puisse avoir une identité propre et ne pas être ce qui est souvent nommé enfant de remplacement : « *L'objectif implicite de la ritualisation serait d'éviter, pour l'enfant de la grossesse suivante, que l'idéal maternel ne soit figé par la mort et que ne lui échoie le statut d'enfant de remplacement* » (Bydlowski, 2011, p. 10), c'est à dire un enfant qui arrive en remplacement de l'enfant perdu, « *il doit remplacer l'aîné (...) il est condamné à non être : il lui est interdit d'avoir une identité propre* » (Porot, 1993, p. nc). Ce travail psychique de différenciation des fœtus pourra se faire en différenciant d'abord les grossesses (Squires, 2004). « *Lorsque le terme correspondant à la mort du fœtus précédent est dépassé, la venue de perceptions inconnues modifie ce vécu. Des mères commencent alors à différencier les deux grossesses puis les deux fœtus eux-mêmes* » (Soubieux, 2008, p. 127). Ce sera alors un des enjeux principaux de cette nouvelle grossesse que de permettre un travail psychique de différenciation entre les deux grossesses et les deux fœtus. Et ceci afin que le lien à l'enfant à naître ne se confonde pas avec celui à l'enfant perdu et que ce bébé à venir puisse avoir une identité propre.

2.4.4.3 Attachement prénatal au bébé à venir

Pour mieux saisir quelle relation entre la mère et le fœtus se met en place dans ce contexte si particulier, intéressons-nous à la notion d'attachement prénatal. Le concept d'attachement prénatal, au croisement de diverses théories psychopathologiques, a été introduit en 1981 par la chercheuse américaine Cranley. Elle le définit comme « *l'importance avec laquelle la mère s'engage dans des comportements reflétant une affiliation et des interactions avec son futur enfant* » (Cranley, 1981 cité par Jurgens et al. 2010, p. 220). En 1996, Müller précise le concept, qu'elle définit comme la relation affective unique qui se développe entre la mère et son fœtus et met au point un outil d'évaluation quantitative, le Prenatal Attachment Interview (Müller, 1996 in Jurgens et al. 2010, p. 220)

Les différentes études réalisées ont permis de connaître l'évolution de l'attachement prénatal au cours de la grossesse. L'attachement au bébé commence tôt dans la grossesse, dès la dixième semaine (Gallois, 2009). Il est favorisé par l'apparition des mouvements fœtaux et augmentera de façon progressive jusqu'à la fin de la grossesse quelque soit le contexte de celle-ci (âge maternel, femme enceinte de jumeaux, grossesse ordinaire) (Alhusen, 2008 May-Jun). Lawson considère lui que l'attachement prénatal augmente rapidement à partir

de seize semaines d'aménorrhée pour atteindre un pic au deuxième trimestre (Lawson & Turriff-Jonasson, 2006).

Dans le cas particulier des grossesses succédant à un deuil prénatal, l'attachement prénatal est difficile car les parents croient que réinvestir d'autres relations, tel l'attachement au nouveau fœtus, signifie qu'ils oublient et abandonnent le précédent (O'Leary, 2004). Les résultats concernant l'évolution de l'attachement prénatal lors d'une grossesse qui suit une mort prénatale sont contradictoires. D'après certaines études, l'attachement prénatal serait diminué lorsque la grossesse fait suite à un deuil prénatal (Armstrong et Hutti, 1998). Cependant, le même auteur met en évidence quelques années plus tard que l'attachement prénatal à la grossesse suivant une perte périnatale n'est pas affecté et reste similaire à celui d'une grossesse ordinaire (Armstrong, 2004). D'autres soulignent l'importance d'accompagner le deuil périnatal pour que l'attachement au nouveau bébé soit de bonne qualité (O'Leary, 2004).

Enfin, les représentations maternelles de l'enfant à venir et le degré d'attachement prénatal sont prédictifs du comportement maternel après la naissance, de l'attachement maternel post-natal à l'enfant et des interactions mère-enfant Interview (Müller, 1996). L'attachement prénatal aurait également une valeur prédictive de la qualité des interactions précoces mère-enfant (Siddiqui & Hägglöf, 2000).

2.4.4.4 Les différents destins de l'enfant suivant

Progressivement, nous voyons se dessiner les caractéristiques de cette grossesse si particulière qui suit une perte fœtale. Il est temps, au terme de cet article, de nous interroger sur le statut de ce bébé, une fois né. Quelle(s) place(s) peut-il avoir ?

La littérature sur ce sujet évoque différentes possibilités qui dépendent du statut que le fœtus décédé a dans le psychisme des parents et au sein de leur couple. Certains auteurs anglo-saxons ont décrit le « syndrome de l'enfant vulnérable ». Il s'agit d'un enfant dont les parents pensent qu'il est nécessaire de le protéger des dangers par une attention accrue. Les mères y sont décrites comme ayant un comportement surprotecteur et comme étant plus tendres avec cet enfant (Cain et al., 1964). Pour certains parents, cet « enfant d'après » n'est pas complètement à eux. C'est un prêt (O'Leary, 2004). Pour d'autres encore, on note une froideur de la mère vis-à-vis du nouveau bébé. Dans de rares cas, le nouveau bébé n'est pas différencié pour les parents de celui qui est décédé précédemment. Enfin, l'enfant subséquent peut être investi comme un « enfant de remplacement », expression largement employée de nos jours. C'est Poznanski qui, en 1972, introduit le premier le terme d'enfant de remplacement après un deuil. Il y décrit le cas d'une jeune fille « *conçue délibérément pour remplacer une sœur décédée dans un accident de voiture* » et qui présente des troubles psychopathologiques en lien avec son histoire (Alby, 1974). En France, Alby, reprend à son tour cette notion dans le service d'hématologie du Professeur Bernard à l'hôpital Saint-Louis à Paris où elle travaille. Elle voit se dégager une nette association entre le début d'une grossesse et la rechute sévère de l'enfant malade. Dans son expérience, il ne s'agit pas d'enfants qui viennent « remplacer » un fœtus décédé ou un bébé mort-né mais un aîné en passe de mourir, souvent en bas âge, et atteint de leucémie. L'enfant de remplacement est donc un enfant qui vient se substituer à un enfant mort ou qui va mourir.

Hanus précise en 1982 ce concept qu'il définit comme « *la résultante d'un choix prématuré d'un nouvel objet, comme la modalité défensive d'un deuil non fait pour en occulter la perte* ». L'enfant de remplacement, est un enfant né dans le deuil dont le travail inachevé va être projeté sur lui. Scelles pour sa part, définit l'enfant de remplacement comme celui qui hérite d'un idéal qu'il ne peut atteindre que dans la mort, la folie ou le génie. En analysant le témoignage que Dali fait, lors d'une émission de télévision, au sujet de ce frère aîné mort en bas âge quelques temps avant sa naissance, elle met bien en évidence les caractéristiques des lianes qui emprisonnent l'enfant de remplacement. Ne pouvant avoir de mouvement d'identification ni de séparation par des interactions autres que fantasmatiques avec ce frère qui occupe tout le psychisme parental, il se sent habité d'un mandat à remplir : « *effacer la mort de l'autre en l'incarnant* » (Scelles, 2004). L'enfant qui naît après une mort prénatale peut aussi, dans certains cas, être pris dans cette problématique de l'enfant de remplacement.

Ce nouvel enfant aura alors à vivre avec cet « enfant des ombres », parfois investi à jamais des espérances parentales irréalisées, parfois fantôme errant et persécuteur (Soubieux, 2008). Et il aura la lourde mission de réparer ce qui a été blessé chez ses parents endeuillés. Il devra « *remplacer celui qui n'a pas pu vivre, permettre au couple d'accéder à la parentalité, s'inscrire dans la filiation, combler un vide, apaiser la douleur, être la raison de vivre de ses parents, vaincre le désespoir* » (Soubieux, 2013, p. 152). Il sera pris dans une compétition impossible avec le spectre du bébé défunt qui n'a jamais vécu et ne pourra faire autrement que de s'oublier lui-même, ne pouvant vraiment occuper sa place de sujet. Bien que la notion d'enfant de remplacement soit tout à fait essentielle dans la compréhension de certains troubles de l'enfant, celui-ci peut aussi être investi pour lui-même. C'est là tout l'enjeu de l'accompagnement des différents soignants, somaticiens ou psychistes : permettre à cet enfant d'avoir sa propre place. Le décès du fœtus/bébé précédent fera partie de l'histoire familiale et de la sienne, mais son développement psychique ne sera pas entravé par l'ombre de l'enfant mort. En effet, « *l'enfant puîné peut permettre l'élaboration psychique de l'enfant mort et prendre une place distincte* » (Soubieux, 2013, p. 154). La grossesse suivante va réactiver de manière particulière des vécus et des expériences psychiques et corporelles en lien avec l'IMG. Lorsque les équipes s'inquiètent d'entendre une femme parler du bébé mort et non de son bébé actuel, nous pensons pour notre part que parler de ce bébé mort est nécessaire pour laisser ensuite advenir le bébé actuel. Autrement dit, la grossesse suivante peut être comprise comme une étape à part entière dans le processus de deuil prénatal.

Chapitre 3

Honte et culpabilité

De toutes les formes les plus organisées de tensions intrapsychiques, celles qui se manifestent par les affects de culpabilité et de honte sont probablement les plus les plus importantes, non seulement dans la psychopathologie, mais plus généralement dans le développement du moi.(Piers & Singer, 1953, p. 5)²

Honte et culpabilité sont des vécus constamment observés dans la clinique du périnatal. Une recherche quantitative (Barr, 2004), réalisée à l'aide de différentes échelles, a mis en lumière la part importante de la honte et de la culpabilité dans le deuil périnatal. Aucune autre étude empirique n'avait jusque-là reliée les sentiments de honte et de culpabilité à cette clinique. Pourtant, elle semble propice à leur observation et compréhension. Nous allons nous attarder ici à mieux comprendre l'objet de ces concepts, qui font débat aujourd'hui, et à en saisir ce qu'ils pourraient apporter dans la compréhension de la psychologie et la psychopathologie des IMG. Dans un premier temps, nous définirons séparément les concepts de honte et de culpabilité puis nous en étudierons les effets dans la clinique du traumatisme et de la dépression afin de les articuler avec le deuil périnatal.

Nous avons constaté au cours de nos recherches une certaine rareté dans les premiers travaux psychanalytiques sur la honte qui était souvent confondue avec la pudeur et la culpabilité. Classiquement, la honte et la culpabilité sont reliées aux instances de la seconde topique. La honte est un conflit entre l'idéal du moi et le moi indigne et la culpabilité, l'expression de l'action du surmoi sur le moi fautif (Ciccione & Ferrant, 2009). La honte est aussi considérée comme étant plus narcissique que la culpabilité : « *Si la culpabilité est issue de l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour, de l'avoir abîmé, la honte, quant à elle, provient ... de l'expérience d'être perdu ou abîmé pour l'objet.* » (Ciccione & Ferrant, 2009, p. 7). Cette courte introduction nous ouvre un champs théorique, métapsychologique, vaste et abordé par de nombreux auteurs : celui des concepts de surmoi et d'idéal du moi. Nous nous garderons ici encore de chercher l'exhaustivité et sélectionnerons uniquement les auteurs qui à ce jour nous sont apparus nécessaires dans la compréhension de ces concepts et les liens de ces concepts avec la honte et la culpabilité.

Dans cette dernière partie de la revue de la littérature, nous allons d'abord étudier les concepts de surmoi et d'idéal du moi dans la théorie psychanalytique. Nous explorerons ensuite les auteurs ayant abordé la honte et la culpabilité sous l'angle de la métapsycho-

2. Traduction de J.Shulz

logie. La troisième partie nous permettra de décliner les différentes formes de honte et de culpabilité. Enfin dans la dernière partie nous verrons quels en sont les destins possibles ainsi que le travail psychique que la honte et la culpabilité permettent dans la clinique de la dépression et du traumatisme.



3.1 idéal du moi et Surmoi

3.1.1 Pour introduire l'idéal du moi et le surmoi dans la théorie freudienne

Le terme « idéal du moi » apparaît chez Freud dans « Pour introduire le narcissisme » (1914) :

Le développement du moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire, et engendre une aspiration intense à recouvrer ce narcissisme. Cet éloignement se produit par le moyen du déplacement de la libido sur un idéal du moi imposé de l'extérieur, la satisfaction par l'accomplissement de cet idéal. (Freud, 1914, p. 243)

C'est cet accomplissement qui procure une partie du sentiment d'estime de soi (les autres parties étant le reste du narcissisme primaire et la satisfaction de la libido d'objet). L'idéal du moi est donc une formation intrapsychique permettant de laisser le sentiment de toute puissance infantile (comparable à un délire de grandeur, il est abandonné du fait des critiques des parents) sans le perdre tout à fait et donc sans trop de dommages. Les critiques parentales sont quant à elles intériorisées sous la forme d'une autre instance psychique de censure et d'auto-observation qui observe le moi et le mesure à l'Idéal. Cette censure n'est pas encore nommée le surmoi, (ce nom n'apparaît que dans la seconde topique) mais son rôle majeur et son action inconsciente sur le psychisme du sujet lui sont déjà attribués. Dans « Psychologie collective et analyse du moi » (1921) Freud met la fonction de l'idéal du moi au premier plan dans la constitution des groupes humains. Ceux-ci se forment par ce qu'un « *certain nombre d'individus ont mis un seul et même objet à la place de leur idéal du moi, à la suite de quoi ils se sont identifiés l'un à l'autre dans leur moi* » (Freud, 1921, p. 54). C'est dans « le moi et le ça » (1923) qu'apparaît le terme de surmoi. Le surmoi est séparé du moi et le juge de façon plus ou moins sévère comme le montrent par exemple les états mélancoliques. À ce moment-là, le surmoi et l'idéal du moi sont synonymes, ils constituent une même instance qui se forme avec le déclin de l'Œdipe, réunissant les fonctions d'interdiction et d'idéal (« tu dois être comme le père » et « tu ne dois pas être comme le père » à la fois). Dans « Les nouvelles conférences sur la psychanalyse » (1932) la distinction qui avait disparue dans « le moi et le ça » apparaît de nouveau. Le surmoi a alors trois fonctions : « *auto-observation, conscience morale et fonction d'idéal* ».

Il nous reste à mentionner une importante fonction que nous attribuons à ce surmoi. Il est aussi porteur de l'idéal du moi auquel le moi se mesure, auquel il aspire, dont il s'efforce de satisfaire la revendication d'un perfectionnement toujours plus avancé. Aucun doute, cet idéal du moi est le précipité de l'ancienne représentation des parents, l'expression de l'admiration pour la perfection que l'enfant leur attribuait alors. (Freud, 1932, p. 148).

La conscience morale est redoutée et donne lieu à un sentiment de culpabilité tandis que la fonction d'idéal est aimée et est source du sentiment d'infériorité. Pour Freud, la formation du surmoi est corrélative du déclin du complexe d'Œdipe par l'intériorisation de l'interdiction des désirs œdipiens. Selon Freud, l'interdit de l'inceste protège aussi narcissiquement l'enfant qui est en réalité impuissant. Il transforme ainsi son impuissance intrinsèque en interdit et retire une satisfaction narcissique par l'obéissance à l'interdit. La formation du surmoi serait donc à la croisée des angoisses de castration et de la nécessité d'une protec-

tion venant masquer ce qui plus en profondeur se constitue comme une blessure narcissique majeure.

La distinction entre surmoi et idéal du moi a donc évolué dans la théorie freudienne et peut être pensée de façons différentes. Dans l'une les instances sont distinctes de part leur source et leur fonction, dans l'autre il y a une intrication plus forte entre surmoi et idéal du moi. En même temps que Freud, Jones (1927) et Nunberg (1932) ont également apporté leur contribution quant à ces notions. Pour Jones, le surmoi est la partie inconsciente des interdictions intériorisées et l'idéal du moi en est la partie consciente et plus aimante. Pour Nunberg, L'idéal du moi et le surmoi sont les images dans le moi de différents objets. Ainsi, de peur de perdre l'objet aimé, cet objet est « absorbé » dans le moi. L'idéal du moi est l'image des objets aimés, contenant plus de libido maternelle, tandis que le surmoi est l'image des objets détestés et craints, contenant plus de libido paternelle. Les auteurs postfreudiens ont émis différentes hypothèses que nous allons maintenant explorer brièvement de façon chronologique avec des auteurs français et anglo-saxons.

3.1.2 Articulation entre idéal du moi et surmoi après Freud

3.1.3 Indistinction entre surmoi et Idéal du Moi

Jacobson, ne distingue pas le surmoi et l'idéal du moi. En revanche, elle établit une distinction entre les représentations (d'objet et de soi), qui permettent l'établissement des relations d'objet, des identifications partielles aux objets d'amour – « *internalisation des demandes et prohibitions parentales* » (Jacobson, 1954, dans Frejaille, 1995, p. 96 – conduisant à la formation du surmoi.

Sandler (1960 dans Frejaille, 1995) montre en reprenant la littérature Freudienne, qu'une des sources de confusion majeures du moi et du surmoi est qu'ils sont tous les deux construits par identifications et c'est l'imprécision même de ce concept qui crée la difficulté à les distinguer. Il y aurait en fait selon l'auteur introjection des qualités des parents, de leurs approbations, de leurs interdits et de leurs craintes. Donc il n'y aurait pas d'identifications aux parents à la base de la formation du surmoi mais des introjections et ensuite des identifications aux introjects. Sandler n'utilise pas le concept d'idéal du moi qui paraît inclus dans le surmoi car il est la source à la fois des gratifications narcissiques et de l'estime de soi, tandis que sa désapprobation provoque des sentiments de culpabilité et d'infériorité.

De plus nombreux auteurs ont quant à eux distingué l'idéal du moi du surmoi. Certains ont considéré l'idéal du moi comme une partie du surmoi, sous structure narcissique, archaïque, précœdipienne du surmoi.

3.1.3.1 idéal du moi comme sous structure du Surmoi

Pour Reich (1954, dans Frejaille, 1995), l'idéal du moi est une des composantes, plus primitive, de la structure du surmoi. Il est formé des identifications précoces aux qualités parentales enviées et admirées et est une négation des limites du moi et des parents, dans une tentative de retrouver l'omnipotence infantile.

Kramer (1958, dans Frejaille, 1995) et Schaffer (1960, dans Frejaille, 1995) distinguent

le surmoi en trois parties : idéal du moi, surmoi prohibiteur, surmoi bienveillant. L'idéal du moi, l'héritier du parent admiré et du narcissisme primaire de l'enfant, représente ce qu'une personne veut être, les buts auxquels elle aspire. Le surmoi prohibiteur ou hostile a des traits entièrement différents. Il est exigeant, sévère, punitif. Son prototype est le parent prohibiteur et haï. Il est investi d'énergies agressives. Le surmoi bienveillant [benign superego] est dérivé de l'image des parents aimés (surtout de la mère). Alors que du surmoi prohibiteur on craint le châtement, du surmoi bienveillant on craint l'abandon. Normalement les trois composantes sont confondues au moment de la résolution de l'Œdipe. Cependant, cliniquement, on constate des tensions entre ces composantes. Le surmoi peut être en relation harmonieuse avec le moi si les parents, même au travers de leurs actions punitives, ont pu transmettre amour et protection. Dans ce cas de figure, le surmoi bienveillant sera plus opérant que le surmoi hostile qui lui conduit à la haine de soi. Hartmann et Loewenstein (1964) se rattachent à la vision de Freud de 1932 selon laquelle l'idéal du moi est une fonction du surmoi pouvant toutes fois entrer en conflit avec lui. Pour Laufer (1964, dans Frejavielle, 1995), l'idéal du moi est aussi un « aspect du Surmoi », il fixe des buts au moi afin de rétablir l'équilibre narcissique.

3.1.3.2 L'idéal du moi comme structure différenciée du Surmoi

D'autres auteurs ont nettement distingué l'idéal du moi du surmoi.

Pour Klein, l'idéal du moi est un mécanisme de défense contre la persécution par le mauvais objet par la recherche d'une satisfaction illimitée grâce au sein idéal. L'objet idéal est introjecté, séparé ainsi du moi qui devient dépendant de cet objet interne idéalisé. Les phénomènes narcissiques sont pour elle une conséquence de la formation de l'idéal du moi et non à l'origine de cette formation.

Pour Piers (1953) - L'idéal du moi a un noyau narcissique omnipotent nécessaire pour maintenir une confiance en soi et dans les autres équilibrées et pour affronter la crainte d'être blessé ou de mourir. - L'idéal du moi est une somme d'identifications positives aux images parentales. Ces images sont à la fois celles du parent aimant et valorisant et celles du parent dans l'attente narcissique que son enfant atteigne les objectifs de ses propres idéaux. - L'idéal du moi est constitué d'identifications ultérieures, plus superficielles et modifiables que les premières mais d'une importance majeure dans le socius car elles déterminent le « rôle social » de l'individu dans les situations qu'il aura à affronter. - L'idéal du moi est en lien avec les capacités, conscientes et inconscientes, du moi. C'est là que se situent les pulsions d'emprise. C'est aussi là dit l'auteur que se situe le plaisir du sentiment d'épanouissement qui serait la conscience des « pulsions maturatives » (maturation drive) du moi, la conscience de son évolution.

Pour Lampl de Groot (1961, dans Frejavielle, 1995), l'idéal du moi et le surmoi se différencient nettement. Le premier naît de la réalisation hallucinatoire du désir, il est une instance gratifiante tandis que le second est restrictif et prohibiteur. Cependant Lampl de Groot explique qu'au cours du développement ces instances s'unissent et ne peuvent plus être distinguées sauf à l'occasion de période de crises comme l'adolescence ou la ménopause et nous y ajoutons la grossesse.

Pour Bibring (1964, dans Frejavielle, 1995), l'idéal du moi est avant tout narcissique, il

laisse entrevoir une promesse (à l'inverse du surmoi qui montre une menace de punition), il est nourri des désirs libidinaux positifs (tandis que le surmoi l'est des forces d'agression). Elle pointe donc les divergences mais aussi l'existence de relations étroites entre idéal du moi et surmoi.

Grunberger (1965) soutient l'idée que dans une évolution normale le surmoi et l'idéal du moi ne peuvent être différenciés. Cependant, leurs origines sont différentes : le surmoi est d'origine pulsionnelle (complexe d'Œdipe), il est en partie imposé du dehors, tandis que l'idéal du moi, est d'origine narcissique, et est essentiellement l'expression d'une indépendance par rapport au dehors. Parfois les exigences du surmoi et de l'idéal du moi vis à vis du moi sont opposées ce qui amène Grunberger à considérer l'idéal du moi comme une instance. Pasche (1965, in Frejaville, 1995) n'est pas d'accord avec cette idée, pour lui, l'idéal du moi est un modèle, des images conditionnant les exigences du surmoi.

C'est dans la suite de ces différents auteurs que Chasseguet-Smirgel rédige le rapport intitulé « L'idéal du moi, Essai psychanalytique sur la maladie d'Idéalité » (1973-1975). Pour elle, l'idéal du moi est une formation spontanée du psychisme pour sauver le narcissisme, il est un espoir, une image à suivre pour retrouver la perfection perdue dans la fusion primaire, tout en y intégrant les différentes phases de l'évolution pulsionnelle et du moi jusqu'à la génitalité. « *Le fantasme incestueux contient celui des retrouvailles de l'objet primaire sur un autre mode* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 200). Les identifications aux objets porteurs du narcissisme du sujet sont l'effet de l'idéal du moi, le moi vise à diminuer la marge entre lui et l'idéal du moi en incluant ses objets idéalisés.

Il y a une différence fondamentale entre idéal du moi, héritier du narcissisme primaire, qui tente de reconquérir la toute-puissance en poussant le sujet à la fusion incestueuse et surmoi, héritier du complexe d'Œdipe, issu de l'angoisse de castration et séparant l'enfant de la mère par la barrière de l'inceste. « *L'idéal du moi est le premier échelon du développement du moi tandis que le surmoi en est l'ultime degré* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 202).

Lagache situe la distinction entre surmoi et idéal du moi à un niveau structural. Il s'appuie pour cela sur une approche intersubjective du fonctionnement psychique :

J'ai depuis longtemps fait observer que ce qui est intériorisé, ce n'est pas l'image de l'autre, mais le modèle d'une relation avec l'autre ; l'enfant, en effet, n'objective sa personne propre qu'en adoptant à son égard la position et l'attitude de l'autre ; c'est par cette voie qu'il devient capable de se dédoubler en Moi-sujet et Moi-objet ; ensuite, le dédoublement de l'intériorité en moi observant et moi observé peut fonctionner d'une manière autonome, et ce fonctionnement autonome nous fait oublier son origine intersubjective, vers laquelle nous savons qu'il peut très facilement régresser. (Lagache, 1956, p. 28)

Ainsi, le surmoi est l'autorité, et l'idéal du moi guide la façon dont le sujet doit se comporter pour répondre à l'attente du Surmoi, « *le Moi-sujet s'identifie au surmoi, c'est à dire à l'autorité, et le Moi-objet, lui, apparaît ou non conforme à l'idéal du moi comme formant un système qui reproduit, « à l'intérieur de la personnalité », la relation autoritaire parent-enfant* » (Lagache, 1956, p. 27).

3.1.4 L'idéal du Moi

Nous allons détailler de façon plus précise l'idéal du moi à partir du rapport de Chasseguet-Smirgel, qui reste à ce jour un texte de référence.

3.1.4.1 idéal du moi narcissique, pré-œdipien

Dessuant met en avant le fait que l'idéal du moi ne peut être compris comme une instance mais plutôt comme un fantasme que l'homme projette « en avant » (Dessuant, 1983). Ce n'est cependant pas uniquement un modèle à atteindre mais bien le substitut du narcissisme infantile et sa reconquête illusoire. C'est en cela qu'il est devenu classique en psychanalyse de dire que l'idéal du moi est l'héritier du narcissisme primaire tandis que le surmoi est celui du complexe d'Œdipe, « *le premier tend à restaurer l'illusion, le second à promouvoir la réalité* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 90).

L'idéal du moi représente pour Freud un degré de développement du moi. En effet, afin que le moi se constitue l'enfant doit sortir de l'état de fusion primaire d'avec la mère. C'est la non satisfaction pleine et totale de ses besoins et désirs, par l'interdit de l'inceste que représenterait le retour dans la mère, qui amène l'enfant à mettre au travail la nécessité de se constituer son propre idéal, n'étant plus tout à fait lui-même dans l'état élationnel des tout débuts. Il est précédé par la formation du Moi-Idéal : « *formation psychique d'un moi encore inorganisé et distinct du ça, à un moment où l'enfant aspire à retrouver la toute-puissance de son premier narcissisme* » (Lebovici, 1995, p. 125). L'idéal du moi provient du narcissisme originel, de la tentative de retrouver l'état primaire avec la mère toute donnante (Murray, 1964). C'est ce qui fait dire à Chasseguet-Smirgel que l'idéal du moi est « *un concept-charnière entre le narcissisme absolu et l'objectalité, entre le principe de plaisir et le principe de réalité, puisqu'il résulte de la scission entre le moi et l'objet* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 42). Pour elle, la pulsion ne cherche pas uniquement un abaissement de la tension, mais aussi « *une diminution de l'écart entre le moi et l'idéal du moi* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 46), la satisfaction pulsionnelle pouvant donc accompagner une satisfaction narcissique. À l'inverse, l'idéal du moi déçu inflige des blessures narcissiques au moi.

3.1.4.2 idéal du moi et complexe d'œdipe

Chez le garçon, c'est sur le père qui, comme objet d'amour de la mère, sera projeté l'idéal du moi. Le fantasme d'inceste avec la mère, réalisable par identification au père, permettrait le retour au narcissisme fusionnel primitif et donc à la réduction totale de l'écart entre le moi et son idéal¹. Chez la fille, le fantasme d'inceste avec le père ne prend pas cette valeur d'un retour possible au narcissisme primaire, puisque l'objet premier est la mère. Du fait de la différence des sexes la fille est contrainte à porter son érotisme sur le père « *s'opposant ainsi au désir de réduire l'écart entre son moi et son idéal dans l'union narcissique primaire* » (Dessuant, 1983, p. 94). Pour Chasseguet-Smirgel, la maternité constitue comme nous l'avons vu (voir Chapitre 1.2.2) une issue permettant à la femme de retrouver la fusion avec son enfant. Son idéal du moi contiendra donc « *le projet de*

1. Inceste prend ici son sens étymologique, incastrus, non châtré, qui n'a pas perdu sa toute puissance

devenir mère en tant que mère et en tant que femme du père ayant reçu de lui un enfant » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 49).

Chasseguet-Smirgel émet l'hypothèse d'un idéal du moi maturatif permettant d'accéder à la génitalité. C'est en effet par l'accès à la génitalité, par l'identification au père génital qui s'unit sexuellement à la mère, que l'enfant peut fantasmer le retour à la fusion primitive. Elle s'appuie sur l'idée freudienne des stades du développement psycho-sexuel, et la nécessité d'une confirmation narcissique pour passer d'un stade à l'autre (Grunberger). Lors de l'accès à la génitalité, toutes ces étapes doivent avoir été menées à bien au risque dans le cas contraire d'une tension entre le moi et l'idéal du moi : « *L'idéal du moi projeté sur la génitalité comporte l'exigence de cette intégration, c'est-à-dire d'une évolution dont toutes les étapes ont été intégrées* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 56). Toute lacune dans cette intégration sera alors vécue par l'*idéal du moi génital* comme une castration puisqu'elle met à mal le chemin d'accès au génital et par là son primat.

3.1.4.3 Angoisse sociale

Dès 1914 Freud parle de l'angoisse sociale en lien avec l'idéal du moi, voici ce qu'il dit :

De l'idéal du moi une voie significative conduit à la compréhension de la psychologie des masses. Outre son côté individuel, cet idéal a un côté social, c'est également l'idéal commun d'une famille, d'une classe, d'une nation. Outre la libido narcissique, il a lié un grand moment de la libido homosexuelle d'une personne, lequel est par cette voie retourné dans le moi. L'insatisfaction due au non accomplissement de cet idéal libère de la libido homosexuelle qui se transforme en conscience de culpabilité (angoisse sociale). La conscience de culpabilité était originellement l'angoisse d'être puni par les parents, ou plus exactement de perdre leur amour ; aux parents est venu plus tard se substituer la foule indéterminée des compagnons. (Freud, 1914, p. 244)

Il ajoute dans ce même texte, comme nous l'avons vu précédemment, que l'estime de soi est nourrie par la satisfaction narcissique émanant en partie de l'amour de l'objet. Selon Freud, beaucoup de personnes ne constituent pas de surmoi et ainsi ne ressentent pas de culpabilité. En revanche ces personnes peuvent s'adapter socialement du fait d'une angoisse sociale importante (Freud, 1930), autrement dit ils ne font pas le mal de peur d'être découverts. Freud distingue deux possibilités : la peur d'être découvert provoquant le retrait d'amour de l'objet et celle que l'autorité ne les punisse. Chasseguet-Smirgel assimile le « pas vu pas pris » à une non-intériorisation des interdits, une absence de surmoi et de culpabilité. Elle différencie nettement ce qu'elle qualifie d'une simple peur de punition, de la blessure narcissique provoquée par le retrait d'amour des objets. Ce retrait d'estime aboutit à la honte.

3.1.4.4 idéal du moi et épreuve de réalité

Il y a un rapport entre honte et exhibitionnisme, dont attestent les expressions qui lui sont reliées (« j'aurais voulu disparaître », « me cacher dans un trou », etc.). Freud avait déjà marqué le lien entre idéal du moi et groupe social. Chasseguet-Smirgel appuie et avance dans cette direction en postulant le rôle de miroir réfléchissant du moi et de ses failles joué par les semblables :

Tout se passe comme si notre sentiment de valeur personnelle, notre estime de soi, la tension ou au contraire l'harmonie entre notre moi et notre Idéal dépendaient, pour une large part, de l'image que nos pairs nous renvoient de nous-mêmes, comme si c'était à travers nos semblables que nous avons la preuve de la valeur ou l'absence de valeur de notre moi. (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 167)

L'hypothèse de Chasseguet-Smirgel est que le moi, n'ayant pas de correspondance externe, ne possède aucun autre moyen de se soumettre à l'épreuve de réalité que celui de se voir dans le miroir de ses semblables (homosexués). La distance que peut prendre l'individu par rapport à l'opinion des autres dépend essentiellement des confirmations narcissiques de la mère à l'égard de son enfant (Grunberger) et de ses identifications à des objets idéalisés. Poursuivant le lien avec l'exhibitionnisme, l'auteure met en avant la possibilité qu'a le moi psychique de s'identifier au moi corporel pour y trouver un représentant. « *L'épreuve de réalité, quant à la valeur de notre moi psychique, tend ainsi à se confondre, à un certain niveau, avec le jugement porté sur notre moi corporel* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 169). Cependant, elle souligne que la confusion entre le moi psychique et le moi corporel est une version régressive de cette identification du moi psychique au moi corporel qui aboutit à l'altération de l'épreuve de réalité (un beau corps n'implique pas une belle âme). C'est sans doute, dit encore l'auteure, ce qu'il se produit chez les sujets « narcissiques » semblant n'investir que leur corps, et chez qui la moindre faille corporelle ou signe de vieillissement est insupportable. Chez l'homme, le pénis est un double du moi pouvant servir à son évaluation. « *L'absence de ce double chez la femme contribue sans doute à la rendre d'avantage tributaire de « l'opinion », renforce sa dépendance et son besoin de confirmation narcissique* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, nbp p. 171). Par extension, si comme cela a été décrit, porter un bébé équivaut psychiquement à posséder le pénis, il est compréhensible que chez certaines, ce moment fort de confirmation narcissique par auto-évaluation (la femme voit son ventre, le photographie), provoque une blessure narcissique d'autant plus importante si la grossesse venait à s'interrompre.

Il y aurait donc une exhibition devant des doubles (homosexués) visant à obtenir une satisfaction narcissique. Lorsque celle-ci échoue apparaît un affect de honte. Mais Chasseguet-Smirgel ajoute que ce n'est pas uniquement selon elle la blessure narcissique qui provoque l'affect de honte mais aussi la « *resexualisation de l'homosexualité qui en résulte* » (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 174) par l'assimilation de cette non-reconnaissance à une castration génitale « *vécue comme devant entraîner une pénétration passive* ». Elle dégage donc la séquence suivante :

Le désir de recevoir une confirmation narcissique de ses semblables (de diminuer la marge entre le moi et l'Idéal) amène le sujet à s'exhiber devant eux. Si cette exhibition échoue à assurer la satisfaction (s'il se produit une blessure narcissique ou une « rebuffade sociale »), la resexualisation de l'homosexualité rend la blessure narcissique équivalente à une castration, et l'exhibition à une exposition de l'anus. La honte exprime la proximité de ce fantasme sexuel. (Chasseguet-Smirgel, 1975, p. 177)

3.1.5 Surmoi

Freud explique que le surmoi ne se constitue pas à l'image des parents mais à l'image de leur surmoi « *il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition, de tous les jugements de valeur qui subsistent ainsi à travers les générations* » (Freud, 1933, p. 94). Pour Freud, la formation du surmoi est corrélative du déclin du complexe d'Œdipe. L'investissement sur les parents se transforme en identification aux parents, permettant l'intériorisation de l'interdiction des désirs œdipiens. « *Le surmoi n'est ni un produit du ça ni un produit du moi : il apparaît comme un système qui se constitue à travers des bricolages interactifs auxquels participent les deux parents* » (Lebovici, 1995, p. 119).

Pour un certain nombre d'auteurs, l'intériorisation des interdits est bien antérieure au déclin du complexe d'Œdipe. C'est le cas par exemple de l'éducation sphinctérienne (Ferenczi, 1925). Il y a pour Klein un surmoi précoce dès la phase orale. Pour Spitz (1958) ce serait la formation du surmoi qui commencerait avant l'Œdipe, il reconnaît des primordia au surmoi : L'interdiction par une action physique et un non de la mère à l'enfant entraînant une frustration pulsionnelle et un investissement ambivalent de la mère ; Identification-imitation de l'enfant aux actions parentales ; Identification à l'agresseur d'A.Freud, identification à un objet ambivalent. Le surmoi sera ensuite enrichi par les apports sociaux-culturels (éducation, religion, moralité).

Le surmoi a une composante sadique mais le masochisme y est aussi présent. L'enfant en phase œdipienne se contraint à penser et à agir de sorte à éviter les « *trois calamités de l'enfance : la perte d'objet, la perte d'amour et la castration* » (formulation empruntée à Mahler), ainsi que l'angoisse ou la dépression qui en découlent. Cependant ce n'est pas forcément dans le sens de ce que les parents considèrent comme bien ou mal mais dans le sens du fantasme de l'enfant sur ce qu'en pensent ses parents. Brenner (1982) montre que « *le masochisme joue un rôle important dans la formation et dans le fonctionnement du surmoi normal* » (cité par Frejaville, 1995, p.106). Ainsi, le déplaisir que l'on s'impose est une façon d'éviter un déplaisir plus grand, une des trois calamités.

3.1.5.1 surmoi au féminin

Dans l'optique freudienne, chez le garçon, c'est face à la menace de castration que l'enfant se voit contraint d'abandonner ses désirs, ce qui donne lieu à la construction d'un « *surmoi rigoureux* » (Freud, 1932). Chez la fille à l'inverse, c'est le constat de sa castration et sa blessure narcissique qui engendre l'envie du pénis et le complexe d'Œdipe. Ce dernier n'est jamais vraiment abandonné « *le surmoi ne peut parvenir ni à la puissance ni à l'indépendance qui lui sont, au point de vue culturel, nécessaires...* » (Freud, 1932, p.). Autrement dit, « *l'investissement narcissique de ses organes génitaux par la femme affaiblirait le jugement de sa conscience morale, puisque l'angoisse de castration n'existe que chez l'homme* » (Cosnier, 1995, p. 147). Cependant, Cosnier note que la logique phallique de Freud lui permet « *d'ignorer l'existence et la transformation des organes génitaux féminins, donc de l'angoisse de castration spécifiquement féminine. La « vue » joue une fonction très importante pour la sexualité infantile... mais il n'est pas question de ce que voit et vit l'enfant lorsque sa mère est enceinte* » (Cosnier, 1995, p. 152). Freud, de par son roman familial, sa relation à sa propre mère et sa place d'aîné d'une fratrie de sœurs,

ne parvient pas à tenir compte des désirs et des fantasmes pus spécifiquement génitaux féminins. Il ne considère de spécifique au féminin que « *un degré plus élevé de narcissisme (être aimé est un besoin plus fort que d'aimer), vanité corporelle comme effet de l'envie du pénis, pudeur masquant le défaut d'organe génital...* » (Cosnier, 1995, p. 155). En fait il y a la même angoisse de castration « génitale » (et non « phallique ») chez la fille.

Si l'on tient compte de la dernière théorie des pulsions, et de l'importance donnée alors aux pulsions destructrices – théorie indissociable de l'élaboration de la deuxième topique – on ne peut que relativiser l'importance de la différence des sexes par rapport à la constitution du surmoi. Le masochisme moral, l'autopunition, le sentiment inconscient de culpabilité dépassent, comme la mort, la problématique de la castration. (Cosnier, 1995, p. 157)

Cependant il y a bien des nuances. Ainsi, chez la femme c'est l'angoisse de perte d'amour qui remplace l'angoisse de castration, mais il y a bien angoisse « *le complexe d'Œdipe de la fille est aussi coupable que celui du garçon : le désir de prendre la place d'un des parents est associé au désir de faire disparaître l'autre* » (Cosnier, 1995, p. 157). Contrairement à l'idée freudienne d'une protection de la fille des angoisses de castrations, elles sont plus angoissantes « *dans la mesure où les organes génitaux féminins sont internes et que le « ventre de la mère » contenant les bébés est l'objets d'attaques destructrices selon les fantasmes décrits par M.Klein* » (Cosnier, 1995, p. 159). Ceci accentue la dépendance à l'égard des parents et le refoulement des attaques fantasmatiques les concernant : « *On peut reconstituer l'origine du sadisme du surmoi à partir du sadisme infantile contre les adultes, retourné contre soi pour ne pas perdre leur amour* » (Cosnier, 1995, p. 165).

Chabert met aussi en avant l'idée que « *surmoi au féminin (et pas seulement le surmoi des femmes)* » (Chabert, 2008, p. 88), contrairement à ce qu'en pensait Freud, serait « *la forme tyrannique et sévère, la moins aimante, la plus puissante de la conscience morale* » (Chabert, 2008, p. 89). Ce qui peut s'expliquer dans le développement du choix d'objet chez la fille. Le choix d'objet chez la fille est plus risqué et complexe que pour les garçons. Il y a une déception précoce dans le lien à la mère qui n'a pas tout donné, ce qui entraîne un changement de choix d'objet et un déplacement sur le père. Mais ce changement d'objet constitue déjà une trahison envers la mère, à laquelle s'ajoute celle de vouloir la remplacer auprès du père. « *Le risque encouru est majeur : (...) détruire cette affection fondamentale assurant l'investissement narcissique, le premier sédiment des identifications, indispensable pour attirer les forces pulsionnelles qui maintiennent le sentiment d'exister, sa continuité libidinale.* » (Chabert, 2008, p.89). Ainsi, en s'acceptant comme victime des punitions surmoïques, le moi protège l'objet des attaques qui risqueraient de le détruire : « *cette protection que je t'offre est celle que j'ai attendue de toi, toi qui m'a abandonné(e) parce que je t'ai trahi(e) ou que tu l'as cru* » (Chabert, 2008, p. 90).

3.1.5.2 Le surmoi, garant du narcissisme

Nous l'avons vu, classiquement c'est l'idéal du moi qui est relié au narcissisme. Mais nous avons aussi constaté qu'idéal du moi et surmoi étaient intimement liés. Ainsi, le surmoi a aussi un rôle à jouer dans le fonctionnement narcissique. « *Procédant à la fois de l'intrapSYchique et de l'intersubjectif, la formation du surmoi paraît indissociable de l'investissement*

narcissique du moi et de l'élaboration de l'objet interne » (Frejaville, 1995, p. 109). L'action du narcissisme vise l'unité et en terme psychanalytique vise à la construction de l'appareil psychique. C'est la perte en amont qui engage cette construction et c'est ainsi qu'on peut y comprendre à la fois la place fondamentale des identifications mais aussi le rôle important de la formation du surmoi dans cette entreprise : « *Il se situe au point de jonction de l'individuel et du collectif, il est porté par les valeurs et les aspirations de l'idéal du moi, il est le garant des interdits originaires de l'inceste et du parricide. Dans le même mouvement il draine les transformations civilisatrices susceptibles d'endiguer et d'apprivoiser la sauvagerie du ça* » (Chabert, 2008, p. 93).

3.2 Métapsychologie de la honte et de la culpabilité

3.2.1 Métapsychologie de la culpabilité

Freud, nous l'avons vu, n'a pas souhaité établir de distinctions nettes entre infériorité, honte, angoisse morale et culpabilité. Entre surmoi et idéal du moi il n'a pas marqué non plus de différenciation tranchée les rapportant tous deux à l'Instance de l'Idéal. Peut-être voulait-il éviter la simplification qui est amenée par leur distinction ? Rapporter simplement la honte à conflit Moi-idéal du moi et la culpabilité à un conflit Moi-surmoi semble en effet réducteur. Néanmoins, après Freud des auteurs se sont attachés à distinguer des « maladies de la culpabilité » (liées à l'interdit) et des « maladies de l'idéalité » (liées à l'impossible), à considérer la culpabilité et la honte comme des aspects différents – mais inextricablement liés – de la vie psychique. Il nous semble donc nécessaire de les définir séparément dans un premier temps.

Freud décrit tout d'abord la culpabilité au cœur du processus d'humanisation. Dans Totem et Tabou, c'est la culpabilité du meurtre du père qui scelle le lien social. Plus tard c'est l'étude de la mélancolie qui donne une description plus approfondie et complexe du sentiment de culpabilité en montrant comment une partie du moi peut se scinder et prendre le moi pour objet l'accablant de reproches par l'action de la conscience morale (Freud, 1913). Freud dégage ensuite le concept de surmoi et dans « Le moi et le ça » il consacre un chapitre à la culpabilité qu'il définit comme « *expression d'un jugement de condamnation du moi par son instance critique* » (Freud, 1923, p. 293). Le sentiment de culpabilité est particulièrement fort et sévère dans la névrose obsessionnelle et la Mélancolie ; la différence étant que dans la névrose obsessionnelle le moi du malade se rebelle contre l'allégation de sa culpabilité tandis que dans la mélancolie le moi se reconnaît coupable, il se soumet aux punitions car « *dans la mélancolie l'objet auquel s'adresse la colère du surmoi a été accueilli dans le moi par identification* » (Freud, 1923, p. 294). Dans ce texte Freud met en avant les aspects inconscients du sentiment de culpabilité « *une grande partie du sentiment de culpabilité doit normalement être inconsciente parce que l'apparition de la conscience morale est intimement reliée au complexe d'Édipe, lequel appartient à l'inconscient* » (Freud, 1923, p. 295). Ce sentiment inconscient de culpabilité pouvant amener le sujet à commettre des actes répréhensibles permettant d'éprouver comme « *un soulagement de pouvoir rattacher ce sentiment de culpabilité inconscient à quelque chose de réel et d'actuel* » (Freud, 1923, p. 77).

C'est surtout dans « Malaise dans la Culture » qu'il s'attache à « *mettre en avant le sentiment de culpabilité comme le problème le plus important du développement de la culture* » (Freud, 1930, p. 77). Ce texte nous semble fondamental par la tentative de Freud de distinguer des concepts peu différenciés jusque-là. Il y montre d'abord que « *le prix à payer pour le progrès de la culture est une perte de bonheur, de par l'élévation du sentiment de culpabilité* » (Freud, 1930, p. 77). Le progrès de la culture implique en effet le refoulement de certaines tendances pulsionnelles, « *ses éléments libidinaux sont transposés en symptômes, ses composantes agressives en sentiment de culpabilité.* » (Freud, 1930, p. 82). La conscience morale est une des fonctions du surmoi, celle de surveiller, de juger les actions et les visées du moi et de le censurer. Le sentiment de culpabilité est, quant à lui, une perception du moi « *de la surveillance à laquelle celui-ci est ainsi soumis, il est l'élévation de la tension entre les tendances du moi et les exigences du surmoi, et l'angoisse devant cette instance critique qui est à la base de toute la relation* » (Freud, 1930, p. 79). Ainsi, si la conscience morale n'existe pas avant l'apparition du surmoi, le sentiment de culpabilité lui est antérieur. Il est l'expression de la tension entre le moi et l'autorité externe, elle est « *le rejeton direct du conflit entre le besoin d'être aimé par cette autorité et cette poussée vers la satisfaction pulsionnelle dont l'inhibition engendre le penchant à l'agression* » (Freud, 1930, p. 80). Ce sentiment de culpabilité contraint à renoncer aux satisfactions pulsionnelles. Lors de la construction du surmoi, la culpabilité, d'abord angoisse devant l'autorité, s'enrichit de l'angoisse devant le surmoi et pousse à la punition « *étant donné qu'on ne peut cacher au surmoi la persistance de souhaits interdits* » (Freud, 1930, p. 70). « *Sur un plan descriptif, le sentiment de culpabilité survient lorsqu'il y a infraction consciente aux valeurs morales admises par le sujet. Affect conscient, représentation consciente ; mais bien entendu ce n'est pas à cela qu'a affaire la psychanalyse* » (Goldberg, 1985, p. 32), sauf poursuit Goldberg quand elle fait défaut là où on l'attendait, dans la perversion par exemple. Pour Freud ce serait plutôt du remord qui serait absent chez le pervers. En effet, le remord est différent de la culpabilité en ce qu'il est ce que l'on ressent lorsque l'on a commis un acte répréhensible « *la réaction succédant à l'exécution effective de l'agression* » (Goldberg, 1985, p. 80). Il suppose que la conscience morale soit opérante dans le psychisme, que la satisfaction pulsionnelle l'ait à ce moment-là dépassée, mais qu'elle existe. Il peut cependant être concomitant du sentiment de culpabilité. C'est bien là d'après Freud la clef de compréhension du sentiment de culpabilité. Celui-ci survient lorsqu'il y a un conflit d'ambivalence, il est l'expression du combat éternel entre l'Eros et la pulsion de destruction ou de mort. Ainsi, une culpabilité bien tempérée suppose une ambivalence intégrée. Ciccone et Ferrant (dans la suite de Klein et de Grinberg, 1965) distinguent une culpabilité destructrice, envahissante de la culpabilité maturative reliée selon eux à la position dépressive. Cette culpabilité maturative « *signale un contact réaliste avec le monde, une reconnaissance de la réalité et de l'altérité. Elle est tributaire et témoin du travail de subjectivation, d'appropriation subjectivante des expériences* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 25) et, pourrions-nous ajouter, de l'accès à l'ambivalence.

Freud se pose la question du niveau de conscience de la culpabilité, qui peut être parfois très consciente, voire bruyante et parfois dissimulée, inconsciente. Il explique ces variations en faisant du sentiment de culpabilité une « *variation topique de l'angoisse* ». L'angoisse

pouvant se « *cacher derrière tous les symptômes, mais tantôt elle accapare bruyamment la conscience, tantôt elle se dissimule si parfaitement que nous sommes obligés de parler d'angoisse inconsciente* » (Freud, 1930, p. 78). Se pose alors la question de l'expression paradoxale utilisée par Freud : « *sentiment de culpabilité inconscient* ». Nous reviendrons sur cette difficulté terminologique.

La culpabilité semble apparaître chaque fois qu'une limite est dépassée, qu'une barrière est franchie. C'est lorsque la barrière du surmoi érigée contre les pulsions agressives et destructrices du ça est transgressée qu'émerge la culpabilité dit Piers (1953, p. 6). D'autres auteurs ont aussi inclus ici la barrière contre les pulsions sexuelles et en particulier incestueuses. Piers considère le surmoi uniquement dans son versant punitif et restrictif. Selon lui la culpabilité et la formation du surmoi sont pré-œdipiens. Chasseguet-Smirgel (1970) isole une culpabilité féminine. Cette culpabilité résulte de la mise en œuvre des composantes sadique-anales, (opposées à l'idéalisation). Quand la femme pense détenir le phallus (qu'elle aurait alors châtré au père et volé à la mère) elle éprouve un sentiment de culpabilité (expliquant d'après elle l'inhibition des femmes dans les activités de création, de pensée et autre activités qui lui feraient sentir une telle possession). Pour elle (ce qu'avait déjà noté Freud) le surmoi de la femme est plus souple, moins impersonnel que celui de l'homme. La loi serait ainsi toujours celle de l'objet, ce qui donnerait aux femmes une « position de complément » et les conduirait à se faire objet pour le désir de l'autre. C'est ce qui expliquerait certains aspects du « masochisme féminin ». Selon Goldberg (1985), ce n'est pas spécifique à la culpabilité féminine mais une des composantes de toute culpabilité.

3.2.2 Métapsychologie de la honte

Lorsque Freud utilise le mot *Scham* ce n'est ni pour parler d'un symptôme ni d'un affect mais d'une tension originaire du surmoi. Il relie la honte à la sexualité et en particulier à l'exhibitionnisme. Piers rappelle que *Scham* (allemand de honte) suggère l'idée d'une exposition des parties génitales. Dans les trois essais sur la théorie de la sexualité Freud relie la honte à la répugnance et en fait les outils de la période de latence contre les pulsions sexuelles. Lewin reprend cette idée. Pour lui « *la honte est une composante fondamentale de ce qui va maintenir les mécanismes homéostatiques permettant de régulariser les pulsions sexuelles* » (cité par Goldberg, 1985, p. 62).

La menace inconsciente de la honte est l'abandon tandis que celle de la culpabilité est la castration (Piers et Singer, 1953). Hermann (1943) relie directement la honte au « cramponnement » primaire à la mère. L'éprouvé de honte est pour lui un affect imposé de l'extérieur avant que la construction topique ne soit finalisée. Elle est donc première (ce qui est repris ensuite par Janin en 2003 et 2007). Avoir honte c'est « *perdre le contact avec la mère, objet de cramponnement, perdre le sens de l'orientation spatiale qui permettrait de la retrouver, de l'orientation psychique qui portait vers elle symboliquement* » (Ciccione & Ferrant, 2009, p. 9). C'est, selon lui, la honte qui est à l'origine de la formation du surmoi. De plus si le sujet ne parvient pas à construire un surmoi viable il vivra honteux ou éhonté. Il introduit l'idée fondamentale du rôle de la honte dans le sentiment d'exclusion du groupe, comme crainte (honte centrifuge) ou comme conséquence de l'exclusion

(centripète).

Pour Piers (1953), la honte est issue du conflit entre idéal du moi et moi. Il fait de la honte une tension interne normalement présente dans le développement du moi et la formation du surmoi. Il la met en lien avec l'échec et la crainte de l'abandon.

Guillaumin dans un texte de 1973 explore la question de la honte en rapport avec l'idéal du moi, à la suite du rapport de Chasseguet-Smirgel. Celle-ci avait proposé que le sentiment de honte était l'échec du programme du narcissisme, le résultat « *du retournement de l'exhibition phallique en exposition anale* ». Ce qui marque comme le souligne Guillaumin, l'enracinement de la honte dans le registre fantasmatique de l'analité, l'importance de la dimension voyeuriste-exhibitionniste ainsi que le caractère radical et soudain du mouvement psychique en cause. Ces critères l'amènent à parler d'un raptus honteux, qui se situerait dans la catégorie des formations réactionnelles et qui apparaîtrait lorsque

... l'état de renforcement narcissique habituellement escompté, ou tiré, d'une conduite qui est sensée le rapprocher de son modèle idéal est brusquement décompensé, et que ce qui était appréhendé, et présenté aux autres, comme beau, noble, glorieux, est soudain révélé comme laid, infâme et dégradant. (Guillaumin, 1973, p. 983)

Il décrit un processus au cours duquel il y a d'abord une exhibition d'un objet partiel phallique idéalisé, dont le moi tire gloire par litote. Puis a lieu une décompensation avec le regard dégouté des autres (de manière projective) sur cet objet. S'ensuit alors le renversement d'actif en passif et d'avant en arrière, avec l'introjection anale de l'objet partiel qui n'est plus brandi à l'extérieur mais comme incrusté de façon plus ou moins indélébile dans le moi, ainsi condamné à le subir et à en craindre les effets contagieux. Il considère la honte « *comme un véritable paramètre quantitatif (intensité de la honte) et comme un indicateur qualitatif de la stabilité des rapports que le moi entretient avec l'Idéal du Moi* » (Guillaumin, 1973, p. 983).

Goldberg (1985) distingue deux types de honte « *une honte infériorité, très proche de la culpabilité-infériorité, et une autre forme de honte, une honte partielle, au plus proche du surgissement pulsionnel et des fantasmes primordiaux.* » (Goldberg, 1985, p. 64) La honte c'est voir ce qui devrait être caché, laisser voir ce qui ne devrait pas être vu, du corps mais de tout ce qui fait défaut. « *La honte n'est-elle qu'une des modalités affectives de l'infériorité ?* » (Goldberg, 1985, p. 66) Il y a alors une honte partielle, qui touche un aspect du corps, une infirmité « *une femme peut avoir honte d'être enceinte et de le montrer* » (Goldberg, 1985, p. 66), on peut avoir honte de quelqu'un d'autre, et honte d'avoir honte quand celle-ci se manifeste par la rougeur par exemple. Goldberg distingue une autre forme de honte, une « honte fondamentale », existentielle, ontologique « *L'être a honte de n'être pas qu'une âme, une âme à la hauteur de ses idéaux de pureté et de beauté. C'est le corps – sa matérialité, ses besoins – qui vient troubler l'ordre de l'idéal, qui fait irruption (la sexualité par exemple, mais l'exemple est la chose même) pour dévoiler une insuffisance voire une imposture, une illusion théologique ou métaphysique* » (Goldberg, 1985, p. 66-67), même s'il s'agit du corps, ce n'est pas pour autant dans sa définition une honte corporelle ou sexuelle, « *c'est une honte qui implique la totalité du sujet, qui porte sur son être par rapport à ce qu'il devrait être et à ce qu'il devrait avoir (...)* C'est un

manque d'ordre ontologique » (Goldberg, 1985, p. 67-68). Il cite Sartre : « *J'ai un dehors, j'ai une nature ; ma chute originelle c'est l'existence de l'autre ; et la honte est – comme la fierté – l'appréhension de moi-même comme nature, encore que cette nature m'échappe et soit inconnaissable comme telle* » (Sartre, 1943, p. 321). Goldberg souligne ici une des limites du modèle proposé par Chasseguet-Smirgel et Guillaumin, en rattachant la honte uniquement à une confrontation du moi avec son Idéal, comme une déchéance phallique on réduit la honte à une modalité de la culpabilité, à la honte d'infériorité, en oubliant alors la honte libidinale qui n'est pas en rapport avec une déchéance narcissique. « *Nous dirions que la honte est l'irruption soudaine des fantasmes primordiaux [exhibitionnisme, voyeurisme, séduction, toute puissance, sadisme, masochisme] du sujet accompagnée d'un sentiment de perte d'identité passagère et porteuse de volupté* » (Goldberg, 1985, p. 73).

Tisseron, dans la suite des idées des Hermann propose un texte mettant directement en rapport la honte et le « lien social » (1992). Pour lui, la honte rompt les liens narcissiques (estime de soi), objectaux (amour des proches) et d'attachement (liens à la communauté). « *La honte est une forme de désintégration psychique, donc de marginalisation sociale* » (Tisseron, 1992, p. 106). La honte est une émotion à la fois totalement individuelle et totalement sociale. En effet, d'un côté, elle est éprouvée au plus intime de la subjectivité, mais d'un autre côté, elle est le plus souvent imposée par la collectivité. C'est ce qui, d'après lui, a si longtemps éloigné les psychanalystes de son étude, faute d'instrument pour comprendre les interrelations du psychisme individuel avec la psyché collective. Du coup, elle a souvent été confondue avec la culpabilité ou la pudeur, alors qu'elle n'est ni l'une ni l'autre. Il différencie la honte de la pudeur par le fait que la pudeur témoigne de la réussite du moi à se protéger des intrusions d'autrui tandis que la honte en signe l'échec. La pudeur est un voile nécessaire gardien de l'intérieur, de l'intimité de la personne. La culpabilité quant à elle touche les liens narcissiques et objectaux mais ne menacerait pas l'individu dans son appartenance à la communauté « *la culpabilité laisse place à la possibilité de réparation, elle est ainsi une forme d'intégration sociale* » (Tisseron, 1992, p. 106).

Nous nous écartons un instant du déroulé chronologique que nous avons entrepris pour insister sur un point fondamental concernant la honte : son caractère paradoxal introduit par Tisseron. La honte ne peut être réduite à son versant plus narcissique. Green en 1983 avait soutenu l'idée que « *le caractère destructeur de la honte est majeur (...) elle ne se partage pas* » (Green, 1983, p. 207). C'est de ce non partage qu'émane à la fois sa force et son caractère pathogène : « *La honte est un lien négatif qui cimente les relations interindividuelles* » (Janin, 2003, p. 1665). La question du regard de l'autre, du montré et du caché à l'autre a une place prépondérante dans la honte. « *La honte est amplifiée par le fait d'être exposé au regard de l'autre, et pousse à éviter le regard* » (Ciccone & Ferrant, 2012, p. 20) ; « *la honte implique qu'il y a quelque chose qui ne devrait pas être vu mais qui se donne à voir et quelqu'un qui le voit* » (Korff-Sausse, 2012, p. 69). Sur ce point Neyraut émet une hypothèse fondamentale. Il considère que la honte porte non pas sur la représentation qui est cachée et se trouve dévoilée, mais bien sur le fait même que cette représentation ait été inconsciemment cachée. « *C'est-à-dire que le fait de cacher était inconscient et non la chose même, et que c'est seulement par son dévoilement que son*

caractère caché (devant être caché) éclate au grand jour. La dénégation était inconsciente et portait sur le caractère “à cacher” de l’élément. » (Neyraut, 1997, p. 82). Korff-Sausse souligne ce caractère paradoxal de la honte qui est « *en même temps désocialisante, car destructrice du lien social, mais aussi socialisante puisqu’elle vient signifier l’appartenance au groupe social. (...) Si la personne n’est plus considérée comme membre du groupe social, si elle est totalement exclue, alors la honte n’a plus lieu d’être* » (Korff-Sausse, 2012, p. 69). Tisseron (2012) soulève un autre point particulièrement important dans le sujet qui nous occupe. Reprenant le texte de Primo Levi lorsqu’il raconte la libération d’Auschwitz : des prisonniers se laissèrent mourir de honte parce que l’horreur entrevue dans le regard de leurs libérateurs leur avait soudain donné conscience qu’ils avaient franchi la ligne qui sépare l’humain du non-humain. Le clignotant rouge de la honte s’allume aussi lorsque nous nous sommes éloignés, sans même nous en apercevoir, du pacte qui fonde l’humain et que nous y revenons.

Le psychosociologue De Gaulejac consacre un texte à la honte et à ses sources. Bien qu’il ne s’agisse pas réellement d’une métapsychologie de la honte nous souhaitons aborder cet écrit ici car il nous semble particulièrement éclairant et suffisamment reliés aux concepts psychanalytiques. Il reprend l’idée de Guillaumin d’un retournement soudain de l’investissement narcissique du moi en « *haine de soi* » (de Gaulejac, 1996, p. 70). Ce qui se constitue au départ comme une violence extérieure est repris et intériorisé psychiquement par le sujet. Pour lui la honte constitue un « *méta-sentiment* » rassemblant des éléments comme l’angoisse, des désirs, des affects dans des nœuds qui bloquent l’expression du sujet. Il y a dans ces nœuds des constantes qu’il relève :

- L’illégitimité, ou la récusation de l’existence du sujet est la première. Elle apparaît soit parce que l’enfant n’a pas été désiré, ou que ses origines sont inconnues ou mises en doute, ou bien encore quand il occupe une place qu’il ne devrait pas légitimement occuper (De Gaulejac, 1996, p. 62). Nous ne pouvons nous empêcher de penser ici à la problématique de l’enfant suivant la mort d’un autre enfant. Annie Ernaux (2011), professeure de français et romancière écrit dans « *L’autre fille* », une lettre à sa sœur aînée, morte à l’âge de six ans, avant sa naissance. Nous renvoyons les lecteurs à ce récit majestueux et le citons ici longuement :

Horreur et culpabilité de surprendre en moi cette pensée sauvage que, ça se voit, tu n’étais pas faite pour la vie, ta mort était programmée dans l’ordinateur de l’univers et tu n’as été envoyée sur terre, comme l’écrit Bossuet, que « pour faire nombre ». Honte de sentir en moi ressurgir la croyance, il fallait que tu meures, que tu sois sacrifiée pour que je vienne au monde (...) Le 7 novembre 1945, trois semaines après leur retour à Yvetot, ils ont acheté une concession au cimetière juste à côté de toi. Il y a été déposé le premier, en 1967, elle, dix-neuf ans après. Je ne serai pas enterrée en Normandie, près de vous. Je ne l’ai jamais souhaité ni imaginé. L’autre fille c’est moi, celle qui s’est enfuie loin d’eux, ailleurs. Dans quelques jours j’irai sur les tombes, comme d’habitude à la Toussaint. Je ne sais pas si j’aurai cette fois quelque chose à te dire, si c’est la peine. Si j’aurai de la honte ou de la fierté d’avoir écrit cette lettre, dont le désir de l’entreprendre me reste opaque. Peut-être que j’ai voulu m’acquitter

d'une dette imaginaire en te donnant à mon tour l'existence que ta mort m'a donnée. Ou bien te faire revivre et remourir. Pour être quitte de toi, de ton ombre. T'échapper. (Ernaux, 2011, p. 37 et p. 77)

- La défaillance parentale, le plus souvent paternelle, se manifestant par l'humiliation de l'enfant par ses parents ou devant eux sans que ceux-ci ne l'en protègent. « *L'absence de confiance en soi et le doute sur sa propre valeur sont reliés à cette défaillance* » (Gaulejac, 1996, p. 63). La problématique de l'abandon est souvent présente, qu'elle soit réelle ou fantasmée, l'enfant ne se sent pas suffisamment « bien » pour que ses parents ne partent pas, « *d'où le sentiment d'être mauvais, de ne pas être digne d'amour, estimable* » (Gaulejac, 1996, p. 64).
- Le sentiment d'infériorité est une autre constante de la honte. « *Il est le revers d'un désir de supériorité que la réalité vient barrer* » (Gaulejac, 1996, p. 64). C'est ce qui la différencie d'après De Gaulejac de la culpabilité.
- « *A l'origine de la honte on trouve une situation de violence* » (Gaulejac, 1996, p. 63), et de rejets effectifs donnant le sentiment d'être mauvais. De Gaulejac parle ici d'une « invalidation fondamentale » du sujet.
- Le sujet dont les parents sont socialement stigmatisés se trouve coupé à l'intérieur de lui-même entre des identifications nécessaires à ses parents et le rejet de leurs stigmates créant ainsi une « déchirure narcissique ». « *Soit il lui faut renier une partie de lui même pour être comme les autres, c'est alors justifier que cette partie est mauvaise ; soit il valorise ce qu'il est et c'est justement pour ça qu'il est rejeté* » (Gaulejac, 1996, p. 66). C'est ce que décrivent souvent les « transfuges de classe », citons par exemple Annie Ernaux dans « La place » (1983) et « La honte » (1997) ou Didier Eribon (2009), dans « Retour à Reims ».
- La déchéance des images parentales déchire l'image de soi laissant apparaître un moi médiocre empêchant au sujet de s'aimer ainsi. La déchéance peut aussi être imposée de l'extérieur lorsque « *la honte de soi est produite par le regard de l'autre qui porte un jugement négatif sur son existence. Regard qui est réactualisé chaque fois que le sujet est confronté à une situation de rejet et de stigmatisation* » (Gaulejac, 1996, p. 67). La honte rend de ce fait très sensible aux enjeux de pouvoir et de domination.
- Le non-dit : « *La honte s'installe parce qu'elle est indicible. Elle est indicible parce qu'en parler conduirait à mettre à jour des choses inavouables et au risque d'être soi-même désavoué* » (Gaulejac, 1996, p. 67). L'entourage, pour se protéger de l'humiliation et de la souffrance suscitée par ce qui arrive à l'autre a recours au refoulement, niant par là la souffrance de la personne. « *La chose interdite de parole ne fera qu'accroître un sentiment de culpabilité à l'éprouver, et en rend la résolution impossible* » (Bertrand, 1991, dans De Gaulejac, p. 68). La conséquence est le repli sur soi, l'inhibition émotionnelle, relationnelle, voire intellectuelle.
- Lorsqu'une violence s'exerce sur le sujet, si celui-ci ne peut y réagir immédiatement, la pulsion agressive se retourne contre lui et le blesse. À l'agression s'ajoute la honte de n'avoir rien pu dire, rien pu faire. Cela crée là aussi une inhibition. Cependant, si les assises narcissiques du sujet sont suffisamment stables, il pourra se saisir de cette

honte pour se tourner vers des aspirations ambitieuses. De Gaulejac donne l'exemple de Freud, de Sartre et de Camus.

De Gaulejac distingue différentes formes de honte en fonction de la sphère existentielle du sujet concerné (1996, pp. 75-76) :

- La honte corporelle : être sale, mal habillé, sentir mauvais, avoir un handicap. . . Les situations où une caractéristique corporelle est remarquable et invalidée.
- La honte sexuelle : elle est relative au dévoilement de l'intimité, à l'état d'impuissance, d'insatisfaction ;
- La honte psychique concerne la perte de l'estime de soi. Elle marque une expérience d'effondrement intérieur, lorsque le moi n'est plus digne face aux exigences de son idéal ;
- La honte psychique concerne la perte de l'estime de soi. Elle marque une expérience d'effondrement intérieur, lorsque le moi n'est plus digne face aux exigences de son idéal ;
- La honte morale accompagne les situations où un sujet est pris en flagrant délit de mensonge, d'hypocrisie, de vantardise, et renvoie à l'intériorisation des normes sociales ;
- La honte sociale apparaît lorsqu'un sujet est stigmatisé à cause de son identité, de sa race, de sa religion, de sa situation sociale et culturelle ;
- a honte ontologique marque les situations dans lesquelles le sujet est confronté à l'inhumain comme spectateur, acteur ou victime. C'est lorsque « *l'individu confronté à des violences extrêmes ou des transgressions insupportables toute les limites de ce qu'il est convenu d'appeler "l'humanité"* » (1996, p. 76-77).

L'étude de De Gaulejac nous semble particulièrement riche et parlante. Elle donne une multitude de pistes pour l'étude clinique de la honte. Cependant, d'un point de vue théorique, elle mélange sans réelle distinction les aspects intrapsychiques, intersubjectifs et sociaux de la honte. Ce qui est pointé par Ciccone et Ferrant mais aussi par Janin qui propose en 2003, puis en 2007 un texte ambitieux pour penser une métapsychologie de la honte. Il soulève ce point fondamental : « *la distinction entre psychique et social ou, pour dire mieux, entre psychisme interne et groupalité est centrale dans l'étude de la honte* » (Janin, 2003, p. 1661).

Toute honte comporte une dimension groupale ; « j'ai honte de toi », « tu me fais honte », « j'ai honte pour toi ». Ces expressions montrent assez à quel point la honte circule entre les individus comme lien. Traditionnellement référée à l'idéal du moi, on comprend en effet que si ce dernier est, comme le soutient Freud dans Psychologie collective et analyse du moi, un élément essentiel de la constitution groupale, alors la honte est un lien négatif qui cimente les relations inter-individuelles. (Janin, 2003, p. 1664-1665)

Janin fait suivre à la honte le même parcours que Freud fait suivre à l'affect dans Inhibition, symptôme et angoisse, en distinguant une honte primaire, héritière du narcissisme primaire et une honte secondaire liée au déclin du complexe d'Œdipe. La honte primaire serait constitutionnelle et serait secondarisée lors du développement œdipien et pendant

la période de latence, pouvant faire retour sous certaines conditions à l'adolescence. « La convocation inconsciente du fantasme de scène primitive est sans doute une des voies régrédientes qui va de la honte secondaire à la honte primaire, lorsque l'excitation, du fait de son caractère traumatique, ne peut recourir à la honte-signal d'alarme » (Janin, 2003, p. 1706). Ce lien avec la convocation de la scène primitive nous rappelle les résultats de Bydlowski évoqués plus hauts, qui constatent que le potentiel traumatique d'un accouchement compliqué réside justement dans la convocation inconsciente d'une scène primitive. L'apport théorique original et impactant de Janin est de relier la honte primaire à la détresse du nourrisson. Il y a d'abord un état de détresse, de débordement pulsionnel lié aux soins maternels, c'est l'*Hilflosigkeit* du nourrisson. Puis survient un premier temps de mise en place des pulsions, de l'auto-érotisme, de l'hallucination de la satisfaction. C'est dans ce temps d'intrication de la détresse que Janin situe la honte primaire. Cette honte primaire va connaître alors deux destins différents; son premier destin est de se transformer en culpabilité primaire :

- par un retournement de la passivité en activité : « l'objet ne m'a pas laissé dans la détresse; c'est moi qui l'ai laissé »;
- puis par une projection : « ce n'est pas moi qui l'ai laissé, c'est lui qui m'a laissé, parce que je lui ai fait du mal (je l'ai tué, détruit, etc.) ».

Le deuxième destin de la honte primaire est celui des hontes reliées à la sexualité infantile. Lors du déclin du complexe d'Édipe, il y a un phénomène de subjectivation de l'affect de honte qui va alors devenir la honte secondaire, « *de sorte que la honte secondaire n'est pas que le produit d'un contre-investissement et d'une formation réactionnelle; elle est aussi la trace, dans le psychisme de la prématurité, d'un moi débordé un jour dans sa mission de liaison de l'excitation sexuelle* » (Janin, 2003, p. 1710). Il y a de même une impersonnalisation du surmoi qui va permettre l'assomption de la culpabilité secondaire.

Les mouvements de sexualisation ou de déssexualisation, liés eux-mêmes aux mouvements de personnalisation ou d'impersonnalisation du surmoi / idéal du moi, entraîneront alors, dans les deux sens, des possibilités de passage entre la honte secondaire et la culpabilité secondaire. (...) Si la honte signal d'alarme ne joue pas son rôle, les régressions aux hontes primaires sont alors possibles (Janin, 2003, p. 1712).

Ciccone et Ferrant proposent l'hypothèse d'un rapport dialectique entre construction de la honte et émergence du non. Comme la honte, le « non » émerge au croisement d'un message intrapsychique en tant qu'organisateur pulsionnel, et d'une dimension intersubjective car il est message du groupe familial. Dire « non » à un enfant relève du travail de civilisation en séparant ce qui se fait de ce qui ne se fait pas. Cette situation peut se produire schématiquement dans trois contextes. L'un typique et deux dysfonctionnels. Dans le contexte typique il y a simultanément un jugement d'existence et d'attribution. « *Le mouvement pulsionnel existe mais il doit être arrêté. Le sujet et son mouvement pulsionnel sont ici disjoints et seul le mouvement pulsionnel est condamné* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 46). Ce contexte donne lieu à un « non » conservateur, construisant les bases du refoulement et permettant la honte « signal d'alarme ». Le contexte confusionnel implique une confusion entre ces deux jugements. « *La disqualification atteint le sujet en*

le réduisant à son acte. (...) Le sujet est « abjecté » par l'objet qui se détourne de lui et ne l'investit pas comme sujet émergent » (Cicccone & Ferrant, 2009, p. 47). Ce contexte « construit les conditions de la honte comme blessure narcissique ». Dans le troisième contexte, le mouvement pulsionnel de l'enfant est dénié dans son existence même. Par la suite ils dégagent plusieurs sources pulsionnelles de honte : l'échec ou la défaillance de la propreté, les états de confusion, les traces ou les restes d'animalité :

La clinique de la honte (...) en deçà de l'analyté, en deçà de l'éducation à la propreté dont les aléas sont eux-mêmes générateurs de honte, fait entrevoir la phylogénèse à travers l'idée du cloaque (...). Cette dimension cloacale ne renvoie pas seulement à l'indistinction interne entre le sexuel et l'excrémentiel; elle contient une indistinction plus profonde entre l'animal et l'humain (...) une animalité spécifiquement humaine. (Cicccone & Ferrant, 2009, p.52).

Une autre partie des sources de la honte est contenue dans l'idée de la nudité, du dévoilement (rêve de nudité) en lien avec la défaillance de la fonction miroir de l'environnement. Lorsque le nourrisson est nu physiquement et n'est pas habillé par les paroles et le regard de sa mère il se retrouve aussi nu psychiquement. D'une position active dans l'exposition de sa nudité il induit un retour de son environnement. Si ce retour est absent, « l'enfant n'est plus couvert ou habillé par l'investissement maternel » (Cicccone & Ferrant, 2009, p. 57), il est dans un état de passivation, de détresse. C'est là semble-t-il que se situe la honte primaire décrite par Janin.

3.2.3 Liens et écarts entre honte et culpabilité

« Il est malaisé de distinguer le sentiment d'infériorité de celui de culpabilité » (Freud, 1933, p. 92)

3.2.3.1 Sentiment de culpabilité / sentiment d'infériorité

La langue française entraîne d'emblée une confusion entre l'infériorité et la culpabilité. Par exemple le mot faute de grammaire et faute morale. Selon Schaffer, « les sentiments d'infériorité correspondent au sentiment de perte d'amour du surmoi, alors que la culpabilité correspond au sentiment de haine de la part du surmoi » (Schaffer, 1960, dans Fréjaville, 1995, p. 101). Quand la différence Moi-idéal du moi est réduite le moi ressent de la fierté, il aime le surmoi et est aimé par lui.

S'il est difficile de se sentir coupable ou inférieur sans en être en même temps honteux, il semble impossible d'éprouver un sentiment d'infériorité, sans qu'en même temps ce sentiment ne se convertisse en sentiment de culpabilité. (...) tout défaut et toute insuffisance peuvent être vécus et pensés sur le mode d'une faute, et réciproquement tout peut être vécu et pensé comme la conséquence d'un défaut ou d'une manque. (Goldberg, 1985, p. 33)

Lorsque Chasseguet-Smirgel ou Grunberger associent la honte au sentiment d'infériorité (dans un conflit moi-idéal du moi), Goldberg pense qu'il serait plus juste de parler de « culpabilité d'infériorité », qui viendrait alors s'opposer à « culpabilité d'indignité ». La culpabilité d'infériorité est rattachée à la détresse originelle (Hilflosigkeit) et aux pulsions narcissiques dans une tension entre les insuffisances du moi et les exigences de l'idéal du

moi faisant dominer la « honte d'infériorité ». Il distingue alors aussi un idéal du moi prégénital, fantasmatique, sauvage et tyrannique et un idéal du moi génital en accord avec les possibilités du sujet. « *Ce que l'on oppose, ce ne sont peut-être pas tant deux stades de la culpabilité ou de l'infériorité que deux modes de fonctionnement de la culpabilité, deux régimes de l'instance de l'idéal* » (Goldberg, 1985, p. 43), un régime prégénital et un régime génital. On en peut selon lui pas distinguer des formes de culpabilités mais il y aurait deux modes de traitement de la culpabilité : « *La culpabilité peut engendrer soit une activité fantasmatique vécue sur un mode persécutoire, soit des activités réparatrices. Il faut pour cela qu'un processus de figuration et de symbolisation permette d'opérer une liaison de l'anxiété et de fournir une représentation dans le réel de l'objet persécuteur* » (Goldberg, 1985, p. 45). Il convient cependant que les distinctions descriptives de la culpabilité permettent d'en affiner la compréhension. Lagache s'oppose à l'indistinction entre sentiment de culpabilité et d'infériorité. Nous le citons ici longuement :

Certes il y a des cas ambigus ; il est vrai qu'une déficience du sujet peut être sentie par lui ou qu'on la lui fait ressentir non comme un défaut, mais comme une faute. Toutefois, dans les formes différenciées, les sentiments de culpabilité et les sentiments d'infériorité ne mettent pas en cause les mêmes aspects de la personne : dans le premier cas [culpabilité] le sujet souffre de n'être pas conforme à l'idéal du moi, pour autant que l'attente des autres est devenue sa propre attente ; dans les sentiments d'infériorité, c'est à sa propre attente que le sujet souffre de ne pas répondre ; son conformisme à l'idéal du moi peut être ressenti comme une infériorité. (...) L'obéissance passive à la loi sociale et morale peut être ressentie comme une faute par référence à un code de valeur qui n'est plus celui du surmoi mais du moi idéal. (Lagache, 1995, p. 32)

Piers (1953) conclue que l'utilisation du terme 'honte » est plus à même d'exprimer la tension avec le moi, que ne l'est l'expression « sentiment d'infériorité » qui ferait référence à une comparaison à des objets externes. Nous faisons le choix d'utiliser le terme de honte et pas celui de sentiment d'infériorité qui renvoie trop aux théories d'Adler que nous ne développons pas ici. De plus il nous est apparu que le sentiment d'infériorité n'est qu'un des aspects de la honte. Le choix du terme de honte nous semble donc plus globalisant et pertinent à étudier.

Il est difficile de définir la honte sans chercher à le faire en la différenciant de la culpabilité. « *Du point de vue d'une aperception immédiate de soi-même, il est souvent difficile, voire impossible, de désintriquer la honte de la culpabilité* » (Goldberg, 1985, p.58). Janin précise d'ailleurs d'emblée dans sa métapsychologie de la honte qu'il la sépare de la culpabilité artificiellement pour l'étude de la première. Pourtant pour Goldberg, « *la culpabilité et la honte, non seulement ne sont pas nécessairement liées, mais encore elles peuvent s'opposer* » (Goldberg, 1985, p. 60). Nous voyons ici la possibilité d'une dialectisation de la honte et de la culpabilité. Nous proposons de relever dans un premier temps ce qui distingue selon certains auteurs la honte de la culpabilité. Puis dans une seconde partie nous mettrons en avant les liens entre ces deux concepts.

3.2.3.2 Divergences

La distinction la plus nette consiste à dire que la honte est un conflit entre idéal du moi et moi alors que la culpabilité est un conflit entre surmoi et moi (Piers, 1953). La tension entre l'idéal du moi et le moi produit de la honte, un sentiment d'inadéquation, une baisse de l'estime de soi. L'harmonie entre l'idéal du moi et le moi aboutit à l'autosatisfaction, à un sentiment de fierté (Kramer, 1958). Il faut alors se situer dans les points de vue qui distinguent nettement l'idéal du moi et le surmoi.

La culpabilité survient lorsqu'une frontière posée par le surmoi est franchie tandis que la honte survient lorsqu'un objectif n'est pas atteint. « *La culpabilité accompagne la transgression, la honte, l'échec* » (Piers, 1953, p. 11). Elles ne sont donc pas dans le même registre, « *la culpabilité se situe dans le registre du devoir, de la loi, de la dette ; la honte dans le registre du corps, de la sexualité, du dégoût* » (Goldberg, 1985, p. 59). « *Si la culpabilité est issue de l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour, de l'avoir abîmé, la honte, quant à elle, provient (...) de l'expérience d'être perdu ou abîmé pour l'objet* » (Cicccone & Ferrant, 2009, p. 7).

Piers (1953) met en avant des « cycles » de culpabilité et honte qui marquent, selon lui, l'antagonisme fréquent de ces vécus. Ces cycles sont en lien avec les pulsions sexuelles et agressives. Le premier se résume ainsi : « *pulsion sexuelle culpabilité inhibition ou régression au pré-génital honte passage à l'acte sexuel culpabilité* ». Le second : « *Agression culpabilité inhibition, passivité, honte agressivité compensatoire culpabilité* » (Piers, 1953, p. 18-19). Piers met alors en doute le postulat freudien d'une culpabilité générée exclusivement par les pulsions agressives. Il émet l'hypothèse d'un sentiment de culpabilité probable en lien avec les pulsions sexuelles. Cependant, un peu plus loin, il écrit que l'expression « culpabilité sexuelle » doit être réservée aux situations où les aspects destructifs et sexuels sont fusionnés. « *Tout le reste devrait être nommé « honte », tant que cela se réfère aux éléments immatures de la sexualité infantile* » (Piers, 1953, p. 23). À l'inverse, une certaine forme de timidité sexuelle, souvent assimilée à la honte cacherait en fait la « culpabilité sexuelle » de désirs interdits. Piers met donc en avant le fait que la honte et la culpabilité sont clairement différenciés, que l'une peut mener à l'autre et aussi dissimuler l'autre. Il définit des « types » de caractères plus enclins à la honte et plus enclins à la culpabilité. Il reconnaît cependant la visée simplificatrice de considérer le « choix de l'angoisse » comme une dichotomie plutôt que comme des polarités. La honte et la culpabilité peuvent se retrouver dans une opposition interne, entre un acte qui entrainerait de la honte mais sauverait de la culpabilité, et l'autre qui sauverait de la honte mais donnerait lieu à un sentiment de culpabilité.

De même encore il peut y avoir une « volupté de la honte », c'est à dire un certain usage pervers de la honte qui, bien entendu, n'est pas exempt d'une angoisse qu'alimente la traumatophilie et que n'accompagne aucun sentiment conscient de culpabilité. (Goldberg, 1985, p. 60)

Il y a aussi des états où l'on ressent de la culpabilité sans éprouver de honte : « *Ainsi la culpabilité qui suit le deuil d'un être aimé (dont on a inconsciemment désiré la mort) n'est pas accompagné de honte.* » (Goldberg, 1985, p. 60). Ou encore des états dans lesquels on a honte de se sentir coupable, la culpabilité venant marquer un signe de faiblesse (Piers,

1953). Pour Goldberg il y a eu une confusion entre la honte libidinale et la culpabilité d'infériorité. Il explique comme suit cette différence. La honte liée aux fantasmes primordiaux est consciente et s'accompagne d'une représentation de ce qui fait honte. Elle se présente sous une forme massive et rigide, sans les nuances et les subtilités de la culpabilité. On ne raisonne pas avec la honte ; « *on ne la déplace pas, on ne la symbolise pas, on l'annule d'une manière aussi brutale et aussi décisive qu'elle est apparue* » (Goldberg, 1985, p. 76). « *textit*Dans la honte la responsabilité du moi n'est pas en cause, si l'on admet qu'elle est afflux pulsionnel soudain, si l'on admet qu'elle est de l'ordre d'un reste pulsionnel qui ne peut jamais être entièrement lié par les efforts pour maintenir l'identité » (Goldberg, 1985, p. 77). La honte est de l'ordre d'un dévoilement, pauvre de langage, se manifestant dans le corps. « *La faire dévier vers toutes les formes d'infériorité ou de manque, c'est faire un amalgame entre honte et culpabilité-d'infériorité.* » (Goldberg, 1985, p.77). Dans la clinique les patients parlent plus facilement de leur culpabilité que de leur honte, et n'ont pas beaucoup à dire de la honte quand elle est libidinale. Quand Grunberger dit que le patient ne dévoile pas certaines choses à son analyste pour les cacher vis à vis de son idéal du moi représenté par son analyste, Goldberg, lui, dit qu'il s'agit plutôt de maintenir un noyau, comme une surface de protection pour se protéger de l'intrusion-pénétration de l'analyste. Dans la honte comme dans la culpabilité il y a quelque chose de l'ordre de la déliaison, du franchissement d'une limite (corporelle, érotique de la pulsion, fantasmes primordiaux dans la honte). Mais les fantasmes primordiaux portent sur ce qui est le plus profondément refoulé dans le sujet, on ne peut donc pas en dire grand-chose, la circulation (déplacement, condensation [processus primaires], rationalisation, élaboration culturelle [processus secondaires] possible dans la culpabilité, n'est pas possible avec la honte libidinale.

3.2.3.3 Liens de passage

Selon la façon de considérer les liens entre surmoi et idéal du moi, les conceptions de ceux qui rattachent la honte à la culpabilité divergent. Hartman et Loewenstein (1964) affirment par exemple que honte et culpabilité peuvent être considérées comme des termes équivalents. Peu d'auteurs cependant semblent avoir défendu ce point de vue. À ce stade de notre développement il nous semble également impossible d'aller dans ce sens. En revanche, ce qui est remarquable, est le fait qu'honte et culpabilité soit toujours mis en rapport l'un avec l'autre. Même les ouvrages ne se consacrant qu'à la honte ou qu'à la culpabilité font référence à l'autre. Nous avons vu que des références sont faites pour les différencier. Nous allons nous attacher maintenant à voir les liens de passage entre honte et culpabilité.

Culpabilité comme issue de la honte. De nombreux auteurs ont considéré que la culpabilité était une issue à la honte. Nous l'avons vu pour Grunberger, la barrière de l'inceste est une protection permettant à l'enfant de ne pas reconnaître son impuissance. Il y a donc un passage de la honte primaire d'une impuissance narcissique à une culpabilité oedipienne. Dans le développement psycho sexuel, la culpabilité protège donc de la honte. Ainsi,

... le signal d'angoisse et signal de honte sont des affects, observables et pensables

avant une différenciation psychique en instances, tandis que sentiment de honte et sentiment de culpabilité ne sont pensables que dans le cadre d'une différenciation des instances. Dès lors, il est tout à fait possible de penser le passage de la honte à la culpabilité comme un progrès dans le « travail de civilisation » que chaque sujet a à accomplir au long de son existence, tandis que le passage de la culpabilité à la honte serait une voie régrédiente dans le même travail de civilisation. (Janin, 2003, p. 1668)

Cet aménagement peut aussi se retrouver plus tard chez l'adulte.

Le passage de la honte à la culpabilité représente un aménagement par lequel l'individu honteux tente de reprendre pied à la fois en lui-même (en rendant droit d'existence à son désir) et dans le groupe social (en substituant à la confusion déstructurante de la honte une culpabilité qui laisse entrevoir le champs de la réparation). (Tisseron, 1992, p.106)

La culpabilité permet de subjectiver l'expérience en atténuant le sentiment d'échec de l'emprise propre à la honte de « prendre conscience de sa nudité, éprouver la honte qui y est liée, puis élaborer la culpabilité qui en découle, c'est accéder à l'identité et à l'altérité ».

La honte surgit dans le sillage d'un échec de l'emprise sur soi et sur l'autre : on n'a pas su, ou pas pu, empêcher le viol. Le travail de subjectivation passe par la culpabilité : le sujet se sent nécessairement coupable pour accéder, dans un deuxième temps, à une véritable position d'innocence. (Ciccone & Ferrant, 2004).

Sources pulsionnelles communes. Une autre forme de liens entre honte et culpabilité, nous l'avons déjà introduit plus en amont, consiste à considérer des racines pulsionnelles communes entre une honte primitive et une culpabilité primitive.

On admet volontiers que toute culpabilité véritable nécessite d'être référée à l'organisation génitale œdipienne. Toutefois, pour Guillaumin, si on admet l'existence d'une culpabilité liée à un archaïque, d'une culpabilité primitive, liée au premier objet, alors on peut rapprocher honte et culpabilité primitive. En d'autres termes, je pense pouvoir ici postuler que la culpabilité est rendue possible par l'impersonnalisation du surmoi héritier du complexe d'Œdipe, tandis que la honte est liée au collapsus surmoi précoce – idéal du moi dont l'objet primaire est projectivement porteur. (Janin, 2003, p. 1672)

Afin de mieux saisir les articulations entre honte et culpabilité nous souhaitons nous pencher à présent sur les différentes formes de ces vécus qui ont été décrites dans la littérature.

3.3 Les formes de honte et de culpabilité

Les auteurs ayant abordé la honte et la culpabilité en déclinent plusieurs formes. D'un point de vue du développement, la honte et la culpabilité ont différents stades et peuvent se décliner, à l'image du parcours de l'affect, en terme de primaire et secondaire. En fonction du degré d'intensité ils distinguent aussi la honte et la culpabilité « signal d'alarme » et « éprouvées », selon qu'elles protègent le sujet en se manifestant a minima ou que le débordement a eu lieu.

3.3.1 Honte signal d'alarme/honte éprouvée

Honte « signal d'alarme ». Plusieurs auteurs ont distingué une forme de honte, ressentie comme en sourdine, qui aurait un rôle protecteur, soit du narcissisme, soit de la marginalisation. Tisseron met en lien la « honte-signal » avec ce qu'il considère comme le risque majeur de la honte, la marginalisation, la déshumanisation. La honte-signal est ce qui est ressentie quand « *le divorce d'avec l'humain n'est pas encore consommé* » (Tisseron, 2012, p. 40). Elle avertit et peut être le point de départ de réaménagements de la personnalité ou empêcher de faire des actions qui marginaliseraient : « ce serait la honte ». Elle est nommée aussi « honte réactive » par De Gaulejac et se déploie lorsque le regard de l'autre met le sujet en situation d'indignité. Le sujet peut alors se mobiliser pour restaurer son image : « *l'humiliation est vécue comme une agression que le sujet va chercher à extérioriser sous forme de rage, de haine, de colère, de revanche ou d'ambition* » (De Gaulejac, 1996, p. 71). Pour Ciccone & Ferrant, la honte « signal d'alarme », protège le narcissisme du sujet. « *Le déclenchement [de la honte signal d'alarme], devant une situation potentiellement blessante, averti avant-coup le sujet du danger narcissique encouru. Elle préserve ainsi l'intégrité du moi qui déclenche les systèmes de sauvegarde narcissique et objectale propres à rétablir son équilibre* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 62). Ces auteurs signalent que la honte « signal d'alarme » ne peut fonctionner que lorsque le psychisme est « souple », sans surcharge émotionnelle, et n'est donc pas possible dans les situations traumatiques. Cette forme de honte rejoint la « honte réactive » de De Gaulejac, elle « *indique au sujet qu'il lui faut réagir face à une situation qui le "prend en défaut". Lorsque le regard d'autrui le met en flagrant délit d'indignité, il se mobilise pour restaurer son image, pour prouver à autrui qu'il n'est pas aussi indigne et méprisable* » (De Gaulejac, 1996, p. 71).

Honte éprouvée. La honte intériorisée, à la différence de la honte réactive (De Gaulejac, 1996) est une « *honte durable qui vient s'enkyster dans l'appareil psychique en détruisant de l'intérieur toute possibilité de réaction* » (De Gaulejac, 1996, p. 71). Cela se produit lorsque l'extériorisation de l'agressivité est impossible au moment de l'attaque, soit que l'agresseur est inattaquable soit que le désir de le détruire s'oppose à des nécessités contraires. Elle montre une effraction : « *la honte est la preuve que cette agression a réussi, avec les formes d'effraction qui la caractérisent* » (Tisseron, 1992, p. XV). Cette honte fait référence et active les traces de l'apprentissage de la propreté, de moments de disqualification, elle « *renvoie à l'échec du contrôle anal* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 63). Elle survient lorsque la honte signal a échoué à protéger le sujet, soit du fait de sa propre défaillance, soit de l'intensité de la conjoncture. Elle produit des situations diverses pouvant se distinguer par d'un côté leur puissance désorganisatrice dans l'économie psychique et de l'autre par une régression marquée par l'échec, la disqualification ou le déni. Concernant la désorganisation de l'économie psychique, la honte éprouvée peut toucher sans déborder le sujet. Cette honte pourra alors alimenter et renforcer la honte signal d'alarme. C'est le cas lorsqu'il y a un dévoilement du sujet sans disqualification sérieuse. Elle peut aussi déborder et désorganiser lorsqu'il y a une disqualification du sujet, un dévoilement plus blessant, une situation de passivation. Cette désorganisation sera encore plus intense lorsque se pro-

duit un déni du sujet, une confusion des zones, empêchant l'analité d'assurer sa fonction organisatrice.

Ces différents effets sont liés à la violence de l'impact mais aussi à la plus ou moins grande souplesse de l'économie psychique préalable. Lorsque l'intensité de la situation source de honte rencontre des modalités de régulation narcissique défailtantes, le bouleversement vécu par le sujet est beaucoup plus violent et délétère que dans les situations où ces régulations sont relativement souples. (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 67)

3.3.2 Culpabilité signal d'alarme/culpabilité éprouvée

Culpabilité signal d'alarme.

Il revient au surmoi de repérer l'émergence d'un sentiment angoissant de culpabilité qui prend valeur d'un signal envoyé au moi : celui-ci peut alors mettre en œuvre des mécanismes de défense évitant la survenue de danger plus grands. Aussi, même critique, le surmoi protège le moi. (Schaffer, 1960, dans Frejaville, 1995)

Dans les situations traumatiques les personnes se sentent abandonnées par la providence qui est en fait une externalisation du surmoi. Le sentiment d'être protégé par un surmoi bienveillant (ou la providence) diminue le potentiel traumatique d'un événement, le moi est plus fort grâce au surmoi bienveillant. La culpabilité signal d'alarme « *indique au moi une situation de danger externe ou interne, une menace qui rappelle une conflictualité antérieure, déjà connue, et qui a été génératrice d'un sentiment pleinement éprouvé de culpabilité* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p.73). C'est cette culpabilité signal d'alarme qui permet à l'enfant de se dégager des conflictualités œdipiennes.

Culpabilité éprouvée.

La culpabilité éprouvée envahit et peut aussi déborder le moi. Elle est liée à des situations traumatiques actuelles qui font revivre des culpabilités anciennes, conscientes ou inconscientes (Ciccone & Ferrant, 2009). La personne se sent fautive de ce qui s'est passé et peut être envahie par cette culpabilité.

3.3.3 Honte primaire et culpabilité primaire

Guillaumin distingue une culpabilité primitive d'une culpabilité génitale : « *L'accès de culpabilité primitive se caractérise par rapport à l'accès de culpabilité génitale par une tendance à détériorer très vite la relation narcissique entre le moi et l'objet* » (Guillaumin, 1973, p. 995). C'est la culpabilité qui se situe à un niveau de développement où les instances ne sont pas encore suffisamment différenciées. Il rapproche la culpabilité primitive de la honte, puisque les deux entretiennent des rapports avec le narcissisme du sujet. Cependant la culpabilité primitive met en cause les lois édictées du dehors qui s'imposent ensuite au-dedans du sujet. Loi arbitraire mais nécessaire pour être aimé de l'objet. Dans la honte il n'y a pas ce rapport dehors puis dedans, ça se joue d'emblée au-dedans, la réalité intérieure est appréhendée du dedans comme mauvaise et le regard dégouté de l'autre ne fait qu'affirmer cet état.

Ciccone et Ferrant, reprennent la proposition de Roussillon qui distingue deux types de

culpabilité. Le premier type est une culpabilité secondaire, due à l'ambivalence propre à la position dépressive ou à la conflictualité œdipienne, elle concerne *l'expérience de menacer un bon objet* (je t'aime, mais je suis dépendant, donc je te hais, ma haine risque de te détruire), elle est consciente. Le second type concerne *l'expérience de créer un mauvais objet*. Cette culpabilité est primaire, elle se situe lorsque l'environnement n'est pas encore considéré comme distinct du sujet lui-même, elle est inconsciente. Le mauvais du dehors, lorsque l'environnement n'est pas suffisamment adapté aux besoins du bébé, deviens mauvais dedans. Ils en arrivent également à la conclusion que la culpabilité primaire et la honte primaire sont peu différenciables, « *nous avons affaire à un affect mêlé* » (Ciccione & Ferrant, 2009, p.75)

3.4 Destin et travail psychique de la honte et de la culpabilité

3.4.1 Destins

Tisseron propose une division de la honte en phases. La première est l'angoisse catastrophique d'être littéralement retranché du monde, de perdre toute manifestation d'intérêt de la part des autres. La seconde protège de l'expérience catastrophique par la confusion : « *ne pas savoir où on est, qui on est, et à quel moment on est, permet de savoir qu'on est celui qui ne sait pas où il est, qui il est, et avec qui il est, et assure en même temps de ne rien savoir d'autre* » (Tisseron, 1992). La troisième phase est celle du sentiment de honte proprement dit. Il est structurant si la personne parvient à percevoir et à dire qu'elle a honte et ainsi à prendre de la distance par rapport à cet éprouvé.

Il décline ensuite les différents aménagements possibles, les structures d'adaptation du sujet face à la honte. Il les divise en aménagements catastrophiques, structurants et déplacements. Dans les aménagements catastrophiques à la honte il y a d'abord la résignation. La personne soumise à la honte l'accepte et s'abandonne à elle. Tous les repères de la personnalité finissent par disparaître et la mort s'ensuit rapidement par suicide ou équivalent suicidaire. Un second mode d'adaptation catastrophique à la honte consiste en une sorte de masochisme. La personne semble rechercher les échecs, les coups ou les humiliations. Elle ne peut imaginer sauver son système relationnel qu'au prix de susciter des traitements négatifs de la part de son entourage. Enfin, un troisième mode est la projection de sa honte sur autrui. Elle peut se faire sous deux formes : « *tu devrais avoir honte* » ou « *ne me manques pas de respect* » et qui conduisent toutes deux à une violence exercée contre autrui. Dans les aménagements structurants il y a l'ambition, la transformation de la honte en culpabilité, et l'humour. La honte peut également être déplacée, ou plus précisément c'est le motif invoqué à la honte qui est déplacé sur un autre objet pour être mieux gérée psychiquement et socialement.

La honte peut avoir plusieurs aspects protecteurs ou structurants. Lavie met en avant le caractère protecteur de la honte qui permet de dire des choses sous couvert d'en avoir honte.

Ce que les parents nous ont, en définitive, enseigné est qu'un transgresseur est pardonné s'il manifeste de la contrition. Cette contrition peut s'accoler avec cela même

qui l'encourt, grâce à la honte. 'J'espère que tu as honte de ce que tu viens de dire', implique que la honte peut rendre la pire parole recevable. La honte nous est donc vraiment inculquée 'pour notre bien'. (Lavie, 1997, cité par Janin, 2003, p. 1706).

Par ailleurs, la honte permet de renouer le lien intersubjectif, « *la capacité d'éprouver la honte avec un ou plusieurs autres semblables, et non de façon solitaire, constitue l'enjeu essentiel du travail d'accompagnement* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 72).

3.4.2 Honte, culpabilité et traumatisme

3.4.2.1 la capsule de la honte

Nous avons vu précédemment le concept de la crypte décrit par N.Abraham et Torok. Ils ont montré de quelle façon la perte indicible s'encapsule avec les raisons mêmes qui la rendent indicible. Autrement dit comment la honte produit cette crypte. Ciccone et Ferrant, à partir d'un travail de Rouchy (1995), mettent en avant les liens entre traumatisme, après-coup et honte. « *On peut parler d'un travail de la honte (...) travail d'enfouissement, d'encapsulation, d'expériences traumatiques* » (Ciccone & Ferrant, 2012, p. 21). La honte serait ainsi gardienne des jouissances inavouables convoquées à l'occasion d'un événement traumatique, qui est lui-même la scène de nombreux fantasmes inconscients du passé, relié à des problématiques narcissiques ou œdipiennes, « *où se mêlent souffrance et jouissance, violence et attachement* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 101).

3.4.2.2 Fantasme de culpabilité

« *La recherche de la faute est un mécanisme de défense contre l'angoisse* » (Golberg, 1985, p. 83). « *Mieux vaut être coupable, en connaissant la faute même si elle est illusoire, que d'être écrasé par l'affect d'angoisse vide de sa représentation* » (Golberg, 1985, p. 82). Dans la logique de l'Inconscient le sujet éprouve de la culpabilité parce qu'il a commis une faute et la sanction qu'il subira (réelle ou imaginaire) sera un châtiment, une punition pour cette faute qu'il a commise même s'il ne la connaît pas

... Pour conjurer l'angoisse de culpabilité (...) le sujet peut aller au devant de la punition en commettant une faute (crime par sentiment de culpabilité) ou bien anticiper la punition pour s'acquitter d'une faute qu'il ne connaît pas, mais dont la punition qu'il subit est bien la preuve qu'il l'a commise (besoin de punition, masochisme moral).(Goldberg, 1985, p. 83)

Ciccone & Ferrant reprennent l'idée de Goldberg et l'amènent plus loin en le théorisant dans le contexte du traumatisme. « *On peut parler d'un véritable travail de la culpabilité dans les contextes traumatiques* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 97).

Le travail de la culpabilité consiste, d'une part, à atténuer l'impact traumatique du traumatisme (si le sujet est coupable de ce qui lui arrive, alors le traumatisme est moins scandaleux, moins injuste, moins traumatique). D'autre part à subjectiver l'expérience (si le sujet est coupable, il peut dire « je », il peut s'approprier subjectivement cette expérience qui s'impose comme une expérience d'altérité absolue).(Ciccone & Ferrant, 2012, p. 20).

On parle même d'un « fantasme de culpabilité » (Ciccone, 1999), qui est un scénario reconstruit dans lequel le sujet se désigne coupable de ce qui lui arrive, même si il sait qu'il n'y est pour rien. Ce fantasme permet au sujet de vivre pleinement cette culpabilité, bien qu'il n'y soit pour rien, et de finalement s'innocenter : « *Tant que l'on a pas pu vivre la culpabilité jusqu'au bout, on ne peut pas accéder à l'innocence, on ne peut pas dépasser le traumatisme. (...) Cela demande la présence d'un autre qui puisse entendre et tolérer la culpabilité, qui puisse recevoir et accompagner cette expérience* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p.98).

3.4.3 Honte, culpabilité et dépression

Les liens qu'entretiennent la honte et le narcissisme amènent à se poser la question de la dépression et de la mélancolie.

Sur fond d'atteinte narcissique, la répartition des manifestations de la honte et de la culpabilité permet de rendre compte tant des différentes formes du deuil, plus ou moins pathologiques, que des multiples tableaux de dépression et de conserver à la mélancolie sa particularité et sa spécificité. (Asseo, 2003, p. 1552)

Guillaumin (1973), distingue la honte de la dépression par le degré de différenciation entre le moi et l'idéal du moi.

La cassure dépressive résulte d'une atteinte portée à un idéal encore très symbiosé avec le moi et avec l'objet et très diffusé. (...) Dans l'accès de honte au contraire, la décompensation narcissique concerne une relation d'une part plus fonctionnelle, plus spécialisée, d'autre part plus sectorisée avec l'idéal du moi. (Guillaumin, 1973, p.991)

Selon lui, la honte signal d'alarme serait une zone protectrice entre la culpabilité primitive et la dépression. La culpabilité primitive qui est vécue à un niveau où l'émergence d'un tiers n'est pas encore claire peut verser très rapidement dans la dépression. La sommation des expériences de honte ou la diffusion plus large d'un choc unique fait passer de la honte à la dépression, en fonction du niveau d'élaboration atteint par le narcissisme de l'individu.

La honte correspond à une amorce de régression vers l'organisation psychique pré-génitale au sein d'une organisation génitale dominante dont l'affect narcissique négatif caractéristique est la culpabilité œdipienne. (...) La honte se décompense en dépression si le versant pré-génital est le plus fort, et d'autant plus facilement que l'idéalisation défensive est plus poussée. (Guillaumin, 1973, p.1003)

Il y aurait, en quelque sorte, une « zone de honte » qui serait protectrice. « *On entrevoit alors l'opposition qu'il pourrait y avoir entre la « zone de honte » protectrice, qui n'est pas sans rapport avec la honte-signal d'alarme, déjà évoquée, et la honte dévastatrice, celle de l'« au-delà de la honte », de l'« éhonté »* » (Janin, 2003, p. 1671). Lorsque Freud énonce l'absence de honte de la mélancolie il semblerait qu'on soit en réalité du côté de l'au-delà de la honte.

Il manque la honte devant les autres, qui avant tout caractériserait ce dernier état, ou du moins elle n'apparaît pas de façon frappante. On pourrait presque mettre en relief chez le mélancolique le trait contraire, une expansivité importune qui trouve satisfaction dans sa propre mise à nu. » (Freud, 1915a, p. 267).

Le sujet ne ressent pas la honte, il est éhonté, la rupture a eu lieu.

Synthèse critique de la revue de littérature

Notre question de départ pour cette recherche était : quel est l'impact d'une IMG sur la grossesse suivante et sur la relation avec l'enfant puîné ? Au moment d'aborder ce questionnement, deux autres interrogations ont surgi. Qu'en est-il du processus d'objectalisation de l'enfant à naître lorsque la grossesse s'interrompt mais que « l'enfant » défunt n'est plus à même de contenir les identifications projectives parentales ? Quel impact la prise de décision, spécifique à l'IMG, a-t-elle sur le processus de deuil ?

Afin de mieux saisir les enjeux et les points aveugles autour de ces questions nous avons abordé la revue de la littérature en trois chapitres : 1. La grossesse, le fœtus, et le bébé ; 2. Le deuil prénatal ; 3. Honte et culpabilité. La plupart des travaux sur le deuil prénatal étant en psychologie de la santé ou en psychiatrie, il nous a semblé important de laisser la place à une possible complémentarité entre les approches épistémologiques. Le référentiel principal de cet état de l'art est néanmoins la métapsychologie. Nous proposons ici au lecteur une synthèse critique de cette revue de la littérature afin d'aboutir à la problématique et à nos hypothèses de travail.

Statut du fœtus/bébé

En 1925, Freud écrit que l'épreuve de réalité se fonde sur la distinction entre les perceptions internes et les perceptions externes. Une représentation peut être considérée comme réelle quand son objet se retrouve dans le monde extérieur. « *Ce qui est non réel, subjectif, de l'ordre de la pure représentation, est seulement interne ; ce qui est réel est également là, au-dehors* » (Freud, 1925, p. 137). La représentation que la mère a de son fœtus/bébé est au croisement de cette définition et c'est là que se constitue la difficulté du statut de ce dernier. Si les représentations sont envers le bébé né, alors l'objet n'existe pas et l'on peut parler de représentations subjectives, internes, mais qui s'étaient sur un possible actuel, nous pourrions alors parler à l'instar de Missonnier de représentations virtuelles du bébé à venir. Si en revanche elles portent sur le fœtus, il a sa correspondante sensorielle, proprioceptive, réelle, mais l'intérieur du ventre de la mère peut-il être pensé par elle comme le monde extérieur, le « au-dehors » ? Le statut du fœtus/bébé est triplement complexe.

Entre humain et non humain sur le plan légal. Il apparaît que plus la grossesse avance dans le temps, plus le statut du fœtus en tant qu'humain en devenir se précise sur le plan légal. À partir du 2^{ème} trimestre de la grossesse la femme ne peut plus décider seule de la poursuite ou non de la fabrication en son corps d'un membre de la communauté

humaine. Il adviendra et devra être accueilli, par sa mère ou des substituts. En revanche, s'il présente un handicap ou une malformation son avenir est à nouveau interrogé. Les professionnels, représentants de la société, décident selon la gravité et la curabilité de la pathologie si ce fœtus vivra ou non : si l'atteinte n'est pas jugée « d'une particulière gravité », ou est réparable, l'IMG est refusée et la grossesse se poursuit ; grave ou irréparable l'interruption est acceptée et le statut du fœtus devient de nouveau précaire. Il appartient alors aux parents, et surtout à la mère, puisque c'est elle seule qui signe la demande d'IMG, de décider de son avenir immédiat. L'IMG vient alors questionner au plus profond le sens du statut humain. Ce dernier est fréquemment considéré comme étant acquis ou non acquis. Or, dans cette clinique du paradoxe, il a à être envisagé comme une variable, synonyme de *précarité ontologique* (Missonnier, 2011a) mettant à l'épreuve les représentations individuelles et collectives.

Objet perceptible mais non directement visible dans la réalité matérielle. À partir de 4 mois de grossesse la femme, et peu de temps après, son entourage intime et professionnel, peuvent sentir le bébé bouger. La perception des mouvements fœtaux constitue une étape fondamentale dans l'accès à la pensée de l'altérité du fœtus et d'un possible lien avec celui-ci, c'est que nous nommerons le processus de différenciation. En revanche, il ne peut être vu directement, si ce n'est au travers des images échographiques, qui n'en sont en réalité qu'une image de réalité virtuelle sur écran. L'importance du regard dans l'accès à la connaissance a été bien montrée, mais l'a été aussi l'importance de ce qui n'est pas vu dans la construction du monde fantasmatique et du développement psychosexuel. Le fait de sentir le fœtus en fait un objet possiblement ressenti comme différent, avec une certaine indépendance et possédant des membres du corps humain, mais il est aussi objet de plus de fantasmes puisqu'il ne peut pas être vu.

À la fois prolongement narcissique et objet interne – partiel et potentiellement total dans la réalité psychique. Le fœtus a été initialement considéré par de nombreux auteurs comme un objet conceptualisable uniquement sous l'angle d'un prolongement narcissique de la mère. Précisons que lorsque nous parlons d'investissement narcissique du bébé ce n'est pas en faisant uniquement référence à la célèbre formule freudienne de « *His majesty the baby* », mais au regard de la libido narcissique investie sur le bébé en tant qu'il est un objet interne introjecté dans le Moi. Inaccessible dans sa virtualité d'autre humain il est uniquement un objet interne. Il est même l'objet interne, par excellence, donnant l'occasion à la femme, par sa présence, de réélaborer un certain nombre de relations objectales intrapsychiques. Il est objet d'un certain nombre de pulsions partielles (rétention, expulsion, agression. . .). Pourtant, Deutsch avait déjà mis en avant le caractère externe et génitalisé de la relation d'objet au fœtus/bébé.

Bydlowski et Golse (2001) ont mis en exergue un processus d'objectalisation défini comme le processus d'investissement progressif allant de l'investissement narcissique à l'investissement du fœtus/bébé en tant qu'objet. Les auteurs proposent, à l'instar de l'image freudienne d'une balance entre investissement narcissique et investissement d'objet, l'idée que l'investissement narcissique du début de la grossesse serait mis de côté chemin faisant, au profit de l'investissement objectal du bébé. Il est important de rappeler ici la thèse de Grunberger qui contredit ce point théorique chez Freud en postulant l'existence d'un

narcissisme indépendant et qui, surtout, ne s'amenuise pas lorsque l'investissement d'objet augmente. Dans cette optique, il nous apparaît que les investissements narcissiques, nombreux et puissants de la grossesse, se font, comme nous l'avons vu, non seulement au profit de l'investissement objectal du bébé mais qu'ils sont une base qui se constitue au début de la grossesse et qui se maintient et même s'étoffe au fil de la gestation et après la naissance.

Grâce aux apports des théories de l'intersubjectivité, Missonnier a pu quant à lui mettre l'accent sur les effets de l'intersubjectivité fœto-materno-paternelle. C'est dans cet entrecroisement mutuel que se situe la relation d'objet virtuelle. Elle se place dans une relation à la fois actuelle mais en insistant surtout sur ce qui de cette relation en temps réel contient de virtuel pour chacun des trois acteurs. Par Relation d'Objet Virtuelle, Missonnier met l'accent sur l'interrelation en devenir et non plus uniquement sur l'objet.

Cet extrême paradoxe du statut socio-psychique du fœtus en tant que tel constitue *a fortiori* un défi majeur du travail du deuil prénatal. Selon le contexte culturel et les choix singuliers, maternels, paternels et conjugaux face à ces possibles, les pratiques autour de sa mort seront différentes et aboutiront à des processus de deuil contrastés.

Honte et culpabilité

Dans le cas particulier d'une IMG, l'expérience clinique nous invite en effet, à envisager deux aspects fondamentaux. D'un côté, la décision prise par la mère avec le choix qui s'impose à elle d'interrompre ou non la grossesse – et par là la vie du fœtus/bébé – interroge d'emblée ses éventuelles traces actualisées de culpabilité. De l'autre, être enceinte d'un fœtus porteur d'une pathologie grave représente pour la femme une blessure narcissique renvoyant au concept de honte.

La culpabilité.

Pour Freud, la conscience morale est une des fonctions du Surmoi, celle de surveiller, de juger les actions et les visées du Moi et de le censurer. Le sentiment de culpabilité est, quant à lui, une perception du Moi « *de la surveillance à laquelle celui-ci est ainsi soumis, il est l'élévation de la tension entre les tendances du moi et les exigences du surmoi, et l'angoisse devant cette instance critique qui est à la base de toute la relation* » (Freud, 1930, p. 79). Ainsi, si la conscience morale n'existe pas avant l'apparition du surmoi, le sentiment de culpabilité lui est antérieur. Il est l'expression de la tension entre le moi et l'autorité externe, elle est « *le rejeton direct du conflit entre le besoin d'être aimé par cette autorité et cette poussée vers la satisfaction pulsionnelle dont l'inhibition engendre le penchant à l'agression* » (Freud, 1930, p. 80). L'émergence de la culpabilité est donc l'expression du conflit d'ambivalence. Si l'ambivalence est intégrée la culpabilité peut être tempérée et structurante.

La culpabilité maturative « *signale un contact réaliste avec le monde, une reconnaissance de la réalité et de l'altérité. Elle est tributaire et témoin du travail de subjectivation, d'appropriation subjectivante des expériences* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 25) et, pourrions-nous ajouter, de l'accès à l'ambivalence. Il y a à l'inverse une culpabilité envahissante,

sévère, qui ne laisse pas place à la subjectivation.

La honte.

Elle concerne directement le lien à l'autre, et de manière précoce le cramponnement à la mère. Le conflit avec l'idéal du moi présent dans la honte révèle l'importance de la fonction de lien de cette instance. Le narcissisme contient à la fois l'estime de soi mais aussi le regard de l'autre sur soi. La honte peut être la crainte de l'exclusion du groupe ou apparaître comme conséquence de l'exclusion. Guillaumin décrit un processus au cours duquel il y a d'abord une exhibition d'un objet partiel phallique idéalisé, dont le moi tire gloire par litote. Puis a lieu une décompensation avec le regard dégoûté des autres (de manière projective) sur cet objet. S'ensuit alors le renversement d'actif en passif et d'avant en arrière, avec l'introjection anale de l'objet partiel qui n'est plus brandi à l'extérieur mais comme incrusté de façon plus ou moins indélébile dans le moi, ainsi condamné à le subir et à en craindre les effets contagieux. Elle tire son origine de disqualification précoces de l'enfant dans son être et du sentiment de passivation qui se produit lorsque l'enfant n'est pas « habillé » psychiquement par le regard de ses parents. La honte laisse voir ce qui ne devrait pas être vu, du corps mais de tout ce qui fait défaut, tout ce qui rappelle qu'on ne mérite pas l'amour de ses parents. Il peut y avoir une honte partielle, concernant par exemple une partie du corps, un défaut. Il y a aussi une honte fondamentale, existentielle, ontologique. « *L'être a honte de n'être pas qu'une âme, une âme à la hauteur de ses idéaux de pureté et de beauté. C'est le corps – sa matérialité, ses besoins – qui vient troubler l'ordre de l'idéal, qui fait irruption (la sexualité par exemple, mais l'exemple est la chose même) pour dévoiler une insuffisance voire une imposture, une illusion théologique ou métaphysique* » (Goldberg, 1985, p. 66-67). Dans la grossesse cette dichotomie est présente. La femme, renforcée dans cet idéal ontologique de création d'un être pur peut avoir honte d'être enceinte et de le montrer quand l'illusion est brisée. La honte ontologique peut par extension concerner l'éloignement d'avec l'humain (Primo Levi). Dans la honte comme dans la culpabilité, peuvent être distinguées des formes qui diffèrent selon leur degré d'intensité. Si la honte et la culpabilité signal d'alarme avertissent le moi du danger encouru et lui permettent soit de l'éviter soit d'y réagir ; la honte et la culpabilité éprouvées peuvent être envahissantes et désorganisantes, et avoir des conséquences plus étendues sur la vie psychique du sujet.

Ces différents effets sont liés à la violence de l'impact mais aussi à la plus ou moins grande souplesse de l'économie psychique préalable. Lorsque l'intensité de la situation source de honte rencontre des modalités de régulation narcissique défailantes, le bouleversement vécu par le sujet est beaucoup plus violent et délétère que dans les situations où ces régulations sont relativement souples (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 67).

Honte et culpabilité, affects, vécus, sentiments ?

La qualification de la honte et de la culpabilité est problématique. Le sentiment de culpabilité est d'abord apparu dans la théorie freudienne dans la description de la névrose obsessionnelle. Il correspond à la lutte interne du sujet contre des idées obsédantes qui lui

semblent répréhensibles. Les mesures de protections contre ces idées, dont la nature réelle reste inconsciente, sont accompagnées de honte chez le sujet. Dans « Deuil et mélancolie » puis dans « Le moi et le ça », Freud fait du sentiment de culpabilité un conflit topique entre le moi et le surmoi, conflit qui est, par nature, inconscient. S'il reconnaît la difficulté à parler d'un « *sentiment inconscient de culpabilité* » il ne parvient pas à y apporter une réponse métapsychologique. Concernant la honte, il note dans « Deuil et mélancolie » qu'elle n'apparaît pas « *ou du moins pas de manière frappante* » chez le mélancolique (Freud, 1915a, p. 267). Il donne ainsi l'indication que la honte peut être présente et ne pas se traduire dans le comportement ou le discours de la personne.

Pour Ciccone et Ferrant, la honte et la culpabilité sont des affects pouvant être conscients, donc ressentis, ou inconscients (refoulés ou déniés). Or,

... la culpabilité d'un point de vue psychanalytique est d'abord et avant tout appréhendée comme affect. Ce n'est pas la culpabilité que rencontre l'analyste mais le sentiment de culpabilité. Définir un affect n'est pas facile (...) nous nous contentons le plus souvent de confondre le vécu et le pensé. (Goldberg, 1985, p. 14)

Guillaumin parle quant à lui d'un « vécu » de honte et de culpabilité. Le vécu permet d'entendre ce qui est vécu de façon consciente et de façon inconsciente, il donne accès à une écoute phénoménologique de la honte et de la culpabilité. Néanmoins, dans le cadre de nos réunions de travail nous avons maintes fois constaté le défaut de ce terme qui, en étant un participe passé, atténue la force actuelle et active de la honte et de la culpabilité dans le fonctionnement psychique.

Dans ce cadre, j'ai proposé le terme « *vivance* ». Néologisme de l'espagnol *vivencia*, cette forme me semble plus à même de souligner ce que nous souhaitons étudier dans le discours des femmes que nous avons rencontré. La vivance peut être définie comme, **l'expression consciente et inconsciente de l'affect de honte ou de culpabilité, pouvant se manifester dans le discours ou dans les comportements du sujet, au regard de leur force actuelle et active sur son fonctionnement psychique et ses relations intersubjectives**. Cette définition pourra être enrichie et critiquée à l'issue de l'analyse des résultats et de leur discussion. Elle constitue l'un des fils rouges de cette recherche

Honte et culpabilité dans la clinique du deuil prénatal

La grossesse est toujours la réalisation de désirs œdipiens interdits, le diagnostic d'une pathologie fœtale en est alors la punition. Lors d'une mort *in utero* ou d'une IMG, les auteurs parlent souvent de honte et de culpabilité éprouvées par les parents (Barr, 2004; Bitouzé, 1998; David et al., 1995; Leon, 1995; Soubieux, 2008). Culpabilité d'interrompre une vie, de ne pas avoir su la protéger, sentiment d'échec de ne pas avoir su faire un beau bébé, sentiment d'isolement... « *Au cours de la grossesse qui suit une img les sentiments de culpabilité et de honte peuvent être particulièrement prononcés et durables* » écrit Leon (1995, p. 124).

David, écrit que « *la culpabilité est d'autant plus grande que la grossesse est avancée, que le fœtus a une réalité humaine (la mère perçoit ses mouvements), qu'ils lui ont donné un prénom et une place dans la famille* » (David et al., 1995, p. 1876). La même année, Leon va aussi dans ce sens :

Le fait de considérer le fœtus comme un vrai bébé complique les sentiments face à la décision d'interrompre. Les femmes décrivent alors leurs actions comme un meurtre. Cela explique le sentiment profond de culpabilité qui dépasse, dans mon expérience clinique, celle qui résulte des MFIU. La seule femme de mon échantillon qui voyait la perte comme un arrêt de la grossesse et d'une vie potentielle – et non comme la mort d'un bébé – a expérimenté le moins de culpabilité et d'auto reproche. (Leon, 1995, p. 119)

Cette affirmation va dans le sens de l'idée que la culpabilité provient du sentiment d'avoir abimé un objet d'amour (Ciccone et Ferrant, 2009). Si culpabilité il y a, nous pouvons alors penser que le fœtus/bébé s'est constitué pour la femme comme objet d'amour. Cette affirmation nous interroge et sera le point d'appui d'une de nos hypothèses.

Leon constate également que lorsque les parents se sentent responsables de la décision prise pour leur enfant la culpabilité est forte mais permet l'adaptation, et la confiance en soi est plus élevée. Il rejoint également ici l'idée développée par Ciccone et Ferrant du travail psychique de la culpabilité dans le cas d'événement à fort potentiel traumatique : la culpabilité permet de subjectiver l'événement, de se sentir moins passif, et ainsi d'en atténuer l'impact traumatique.

En partant du concept de « honte sexuelle » développée par De Gaulejac (1996) nous pouvons nous interroger sur le destin de cette honte lorsqu'une grossesse est interrompue. La grossesse de manière générale dévoile l'intimité de la femme et la sexualité du couple. Lorsque la grossesse se déroule dans un contexte socialement accepté, ce dévoilement de l'intime est protégé par la nidification sociale¹ du bébé à venir. Au lieu de se concentrer sur l'acte ayant fabriqué le bébé l'entourage se focalise sur l'accueil du bébé à venir, donnant des conseils, parfois insistants, à la femme enceinte sur son comportement et préparant l'accueil *post partum* du bébé. La femme quant à elle, bien que ne contrôlant pas le processus de croissance du bébé peut y contribuer en adaptant certaines habitudes (tabac, alimentation, travail, etc.) pour le bon déroulement de la grossesse et le bien-être du fœtus. Lorsqu'il y a un diagnostic anténatal de pathologie fœtale grave et une décision d'IMG le bébé n'advient plus et le dévoilement de l'intime du corps et du sexuel ne peut plus être, du moins en partie, civilisé par l'arrivée du bébé. Le processus est alors soudainement hors du contrôle de la femme et le voile tombe. Cette idée constituera le point d'appui d'une de nos hypothèses.

Dans le modèle multidimensionnel du deuil de Leon, l'arrêt soudain du processus développemental que constitue la grossesse entraîne l'isolement des pairs. Nous retrouvons un des aspects fondamentaux de la honte qui « *signe la rupture d'un lien social* » (Scelles, 2012, p. 143). Ce point constituera également une de nos hypothèses.

1. Missonnier (2004), utilise ce terme pour parler du travail parental dans l'accueil du bébé à venir. Je propose ici d'y ajouter, à l'image des poupées russes, le cercle d'étayage social, nécessaire à l'arrivée d'un nouveau membre de la communauté

Deuxième partie

Construction de la recherche

Dans cette partie nous présentons la méthodologie de la recherche. Nous avons, à l'issue de la revue de la littérature, défini une problématique et des hypothèses générales (Chapitre 4). Nous avons ensuite construit une méthodologie (Chapitre 5) nous permettant à la fois de mettre à l'épreuve nos hypothèses mais aussi de faire de cette étude une véritable recherche-action (voir Chapitre 5.2).

Chapitre 4

Problématique et hypothèses générales

4.1 Problématique

La recherche explore les traces et remaniements du deuil prénatal au cours d'une grossesse suivant une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) pour raison fœtale. Le statut du fœtus/bébé y est triplement complexe : entre humain et non humain sur le plan légal ; objet perceptible mais non directement visible dans la réalité matérielle ; à la fois prolongement narcissique et objet interne – partiel et potentiellement total dans la réalité psychique. Cet extrême paradoxe constitue un défi majeur du travail psychique du deuil prénatal. Selon le contexte culturel et les choix singuliers, maternels et paternels, face à ces possibles, les pratiques autour de sa mort seront différentes et aboutiront à des processus de deuil contrastés.

Dans le cas particulier d'une IMG, l'expérience clinique nous invite à envisager deux aspects fondamentaux. D'un côté, la décision prise par la mère avec le choix qui s'impose à elle d'interrompre ou non la grossesse – et par là la vie du fœtus/bébé – interroge d'emblée ses éventuelles traces actualisées de culpabilité. De l'autre, être enceinte d'un fœtus porteur d'une pathologie grave représente pour la femme une blessure narcissique renvoyant au concept de honte. Dans leur articulation avec les processus narcissiques et objectaux, la honte et la culpabilité sont des prismes pertinents pour étudier les spécificités d'une grossesse suivant une IMG au cours de laquelle les liens entre objets internes, objets externes, sujet et groupe sont mis en exergue.

Le mode d'investissement du fœtus/bébé décédé est-il réactualisé par l'investissement du fœtus/bébé de la grossesse actuelle ? La grossesse active-t-elle de manière particulière des vivances de honte et de culpabilité ? De quelle façon ces vivances s'articulent-elles avec les mouvements psychiques de la femme dans les processus de deuil ?

4.2 Hypothèses générales

Hypothèse générale 1. Chez la femme enceinte suite à une IMG, l'émergence d'un investissement objectal envers le fœtus/bébé de la grossesse actuelle active l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé.

Hypothèse générale 2. Lors d'une grossesse suivant une IMG, la femme traverse des vivances de honte.

Hypothèse générale 3. Lors d'une grossesse suivant une IMG la femme traverse des vivances de culpabilité.

Hypothèse générale 4. Au cours de la grossesse qui suit une IMG, le processus multidimensionnel du deuil prénatal est intriqué avec l'évolution des vivances de honte et de culpabilité.

- **Sous-hypothèse générale 4.1** Moins la vivance de honte est envahissante, plus la dimension développementale du processus de deuil est résolutive.
- **Sous-hypothèse générale 4.2** Au cours de la nouvelle grossesse, l'atténuation des vivances de honte accompagne la résolution de la dimension narcissique du deuil.
- **Sous-hypothèse générale 4.3** La présence de vivances de culpabilité accompagne l'élaboration de la dimension objectale du deuil.
- **Sous-hypothèse générale 4.4** La présence de vivances de culpabilité accompagne l'investissement objectal de l'enfant à venir.

Chapitre 5

Méthodologie

5.1 Cadre de la recherche

5.1.1 Cadre général

La présente recherche a lieu au sein d'un projet de plus grande envergure dirigé par le Dr B. Beauquier-Maccotta, le Dr M-J. Soubieux et le Pr. S. Missonnier. M-E. Meriot, Pédiopsychiatre (PH, Strasbourg), D. De Wailly (Psychologue clinicienne, Necker-Enfants malades, Dr en Psychologie) sont aujourd'hui rattachées à cette recherche. Elle s'intitule « Soigner, soulager, revisiter le deuil prénatal et accompagner la famille lors de la grossesse suivante. Quelles traces du prénatal dans le lien à l'enfant puîné? ». Il s'agit d'une recherche-action se proposant de suivre les femmes lors d'une grossesse suivant une IMG en les recevant à trois reprises au cours de la grossesse et de les revoir avec leur enfant, trois et dix-huit mois après la naissance de ce dernier. Les entretiens de recherche ont été menés par Diane De Wailly, Marie-Emmanuelle Meriot et moi-même. La recherche se déroule au sein de la maternité de Necker-Enfants malades.

Ce projet a pris naissance dans la clinique : en effet, en 2009, 299 femmes ont vécu une interruption médicale de grossesse à la maternité Necker-Brune. Plus de 30% d'entre elles démarrent une grossesse suivante dans les 12-18 mois qui suivent cette perte. L'idée de cette recherche-action est née de la pratique clinique des instigateurs du projet en discordance partielle avec la littérature : dans une perspective longitudinale, suivre des patientes lors d'une grossesse suivant une interruption médicale de grossesse dans une approche à la fois qualitative et quantitative, de 17 semaines de grossesse aux 2 ans de l'enfant, permettrait une meilleure compréhension du processus de deuil périnatal afin d'améliorer la prise en charge des patientes lors de cette grossesse suivante. Ainsi, cette recherche est à la fois à visée théorique avec une modélisation du deuil périnatal mais aussi à visée de santé publique et de prévention : la communication aux équipes des résultats obtenus permettra une meilleure sensibilisation à la spécificité de cette grossesse suivant une perte et une amélioration de la prise en charge des patientes.

Notre groupe de travail se réunit mensuellement ; chacun d'entre nous travaille cette question commune avec une problématique spécifique, enrichissant ainsi la réflexion de tous. Nous avons élaboré une base de données permettant une mise en commun des résultats, tant qualitatifs que quantitatifs ; car si chacune d'entre nous a suivi un nombre donné de

patientes, les résultats sont accessibles aux autres membres du groupe de recherche pour leur propre travail, notamment en ce qui concerne les données quantitatives statistiques. Cette recherche a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection de la Personne (CPP) de l'hôpital Necker le 16 mars 2012 (voir Chapitre 5.2)

5.1.2 Trajectoire

J'ai rejoint ce groupe de recherche peu de temps après qu'il ait démarré, pour réaliser un Master de Recherche sur cette thématique. J'avais travaillé en Mémoire de fin d'étude sur les liens entre représentations pré et post natales chez des femmes primipares. L'évolution des représentations et des processus psychiques de la grossesse m'avait alors particulièrement intéressé et je souhaitais poursuivre une recherche à partir du concept de processus d'objectalisation de la grossesse. L'idée d'une thèse de doctorat a alors émergé. Selon moi, si « *un bébé seul n'existe pas* » selon l'expression consacrée de Winnicott, un doctorant seul non plus. Et, comme pour le nourrisson, le doctorant a besoin d'une figure principale, mais aussi de tout un environnement étayant et soutenant sans qui il ne peut évoluer. Je souhaitais donc fortement pouvoir entamer mon travail de thèse au sein d'un groupe de recherche. J'ai contacté le Pr Sylvain Missonnier qui m'a proposé d'intégrer le groupe de travail sur la grossesse suivant une IMG. Il m'a semblé après une brève réflexion, que l'étude de femmes pour qui le processus d'objectalisation s'est interrompu du fait de la perte du bébé était un terrain clinique privilégié pour réfléchir à mon questionnement de départ. Nous nous sommes centrés en Master de Recherche sur la honte et la culpabilité chez des femmes enceintes suite à une IMG en étudiant le cas de trois femmes. À l'issue de cette première approche, voyant le potentiel heuristique, tant clinique que théorique de cet axe de recherche, il a été décidé avec le groupe de recherche, de poursuivre par un travail de doctorat afin d'approfondir l'étude de l'impact de la honte et de la culpabilité dans les processus psychiques d'une femme enceinte suite à une IMG et leur articulation avec le processus d'objectalisation du bébé mort et du bébé de la grossesse suivante.

L'insertion dans cette équipe de recherche s'est confirmée être pour moi une nécessité. L'apport de chacun étant différent, de par son approche clinique et théorique, mais aussi grâce aux diverses identifications possibles, qui m'ont permis d'enrichir non seulement mes réflexions mais aussi mon positionnement en tant que psychologue clinicienne - chercheuse. De plus, la clinique du deuil périnatal est une clinique lourde, chargée de drame. J'ai commencé cette recherche sans avoir eu encore moi-même l'expérience de la maternité. Au cours de ces cinq dernières années, il m'a été parfois difficile d'entendre les récits de ces femmes se répéter, comme si seule une issue tragique était possible à une grossesse. Je travaillais en plus en service de néonatalogie et pouvait donc aussi y voir là-bas les grossesses interrompues par des naissances prématurées. Au début de la recherche, la possibilité de partager avec Marie-Emmanuelle Meriot nos ressentis après les passations a été d'une aide et d'un étayage majeur. La possibilité de reprise en après-coup lors des rencontres mensuelles avec l'ensemble du groupe a également été fondamentale et a permis de donner à cette recherche une assise stable. Ce dispositif a été le garant pour nous d'une distanciation suffisante avec les patientes que nous avons rencontrée (Ciccone, 2014).

5.2 Considérations éthiques

La recherche action se situe à la frontière de la démarche scientifique et de la démarche thérapeutique. Elle aboutit à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un ensemble d'actions dans le but de la prévention ou l'amélioration de la santé. Cette étude va à la rencontre de femmes enceintes suite à une IMG à la grossesse précédente leur donnant l'opportunité d'accéder à un psychologue-chercheur pour questionner leur vécu de la grossesse actuelle. Le bénéfice attendu va à la fois dans le sens de la prévention, du dépistage et de l'orientation pour des soins si nécessaires pour ces patientes mais aussi va de pair avec le recueil d'informations essentielles à la constitution de nouveaux savoirs, pour améliorer les prises en charges ultérieures.

Avant toute inclusion de patientes nous avons préalablement effectué les démarches auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP2) de Necker pour présenter la recherche et obtenir leur accord. Nous nous sommes tout d'abord confrontés à un refus, le CPP considérant que les patientes enceintes, dans la suite d'une grossesse interrompue, étaient des personnes vulnérables ; mener des entretiens cliniques ravivant l'histoire de la perte précédente était à haut risque de fragilisation des patientes.

Il a fallu défendre l'intérêt clinique d'une telle recherche, nous appuyant sur notre expérience clinique quotidienne : l'état de grossesse ravive de fait l'histoire antérieure des patientes ; et les patientes l'expriment bien. Cette nouvelle grossesse donne alors aux patientes l'opportunité de revisiter leur histoire, d'élaborer le sens à lui donner et interroger la place à donner à chacun des enfants, celui décédé et celui à venir. Quand bien même cette histoire est refoulée, elle est néanmoins bien présente et peut se manifester par des symptômes somatiques à des termes ou des dates significatives. C'est pourquoi les services de maternité proposent un accompagnement psychologique aux patientes qui le désirent. L'accord du CPP a été obtenu moyennant plusieurs conditions :

- la proposition de participation à la recherche ne doit pas être proposée par un membre de l'équipe de recherche d'une part, afin que la patiente ait l'entière liberté de refuser,
- l'inclusion dans la recherche ne doit pas empêcher la possibilité d'un suivi psychologique d'autre part,
- la patiente doit pouvoir se retirer à n'importe quel moment du protocole sans qu'elle n'ait à se justifier, ni que son suivi médical en soit modifié.

Construction du protocole.

Le chercheur sollicite les femmes pour participer, elles ne sont pas en demande, a priori, d'une amélioration, ou d'un bénéfice de cette situation. Et puisque « *le chercheur n'a pas d'autre intérêt que l'objet de la recherche* » (Pardinielli & Rouan, 1998, p. 100), nous devons être attentif à ne pas utiliser les sujets comme un simple moyen pour parvenir à nos fins. Nous devons prendre en compte dans notre protocole les possibles effets de notre intervention sur les femmes enceintes. En effet, notre intervention consiste à proposer à des femmes enceintes, donc fragilisées, de parler d'une expérience extrêmement difficile à laquelle sont associés des affects divers mais souvent très intenses. Nous devons donc être attentifs à ce que l'entretien n'ait pas pour elle un caractère traumatisant. Il nous semble important de préciser qu'à l'heure actuelle, indépendamment de toute recherche,

les femmes à nouveau enceintes après une perte, se voient proposer une prise en charge pluridisciplinaire, obstétricale, psychologique et sociale. En effet, notre clinique et notre expérience nous montre combien cette grossesse réactive l'antécédent d'une façon ou d'une autre (plaintes somatiques, angoisse, insomnies. . .) même si la patiente souhaite consciemment « oublier » et « tourner la page ». Quel que soit le choix de la patiente concernant la recherche, son suivi et la prise en charge médicale ne sont en rien modifiés. Dans le pré-projet de code éthique proposé par l'ADRIPS¹, il est explicité que « *la recherche scientifique en psychologie sociale (. . .) doit, chaque fois que cela est possible et approprié, contribuer à améliorer la condition intellectuelle, psychologique et matérielle des gens* ». Nous pensons qu'un entretien contenant et élaboré de telle manière qu'il ne paraisse pas violent ou intrusif, permettra à ces femmes de se sentir entendues et que les effets restent positifs pour celles-ci. Dans cette idée, l'élaboration de notre protocole doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, il doit prendre en compte l'intégrité du sujet auprès de qui nous intervenons, dans le but que notre action n'ait pas de conséquences négatives sur le plan psychique et/ou physique.

Lien entre psychologue chercheur et patientes recrutées.

Compte tenu de principe même de la recherche-action et du suivi régulier instauré avec les patientes recrutées pour cette recherche, il est probable qu'une relation particulière de soutien se tisse entre le psychologue-chercheur et les patientes. La recherche sera présentée aux femmes dans son double objectif scientifique et thérapeutique. Après recueil de leur consentement, le psychologue deviendra alors leur référent tout au long de l'étude. Ce soutien fait partie des bénéfices apportés aux patientes ; cependant, il leur sera précisé que ce soutien n'est pas l'équivalent d'une prise en charge psychologique. Si une demande émerge en ce sens, que ce soit de la part de la patiente ou sur indication de l'équipe, le psychologue-chercheur orientera la patiente vers une prise en charge adaptée.

Encadrement des psychologues chercheurs.

Les psychologues-chercheurs bénéficient d'une supervision régulière par les responsables de l'étude. L'objectif étant de garantir les exigences éthiques de la recherche, de vérifier le déroulement du protocole et la fiabilité de recueil des données. La supervision s'attachera également à identifier une éventuelle difficulté relationnelle entre le chercheur et la patiente.

En cas de survenue d'évènements indésirables.

Dans la mesure où la participation des femmes à cette étude est volontaire et fait suite à leur consentement, les patientes ont la liberté de pouvoir interrompre leur participation à tout moment. L'équipe de chercheur s'attachera, si tel est le cas, à orienter la patiente vers une prise en charge psychologique si la situation l'impose.

Accès aux données et documents source.

Les personnes ayant un accès direct conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur prennent toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confi-

1. Association pour la Diffusion de la Recherche Internationale en Psychologie Sociale

dentialité des informations relatives aux personnes qui s’y prêtent.

Le déroulement de la recherche dans les centres investigateurs et la prise en charge des sujets sera faite conformément à la déclaration d’Helsinki et les Bonnes Pratiques en vigueur. Toutes les informations requises par le protocole doivent être fournies dans le cahier d’observation et une explication donnée par l’investigateur pour chaque donnée manquante. Les données informatisées sur un fichier seront déclarées à la CNIL selon la procédure adaptée au cas.

5.3 Population

Étendue

24 femmes ont participé à la recherche. Nous avons mené des entretiens avec 14 d’entre elles. 11 femmes ont été retenues pour cette étude.

Critères d’inclusion

- Femmes enceintes, à la suite d’une grossesse ayant donné lieu à une IMG pour raison fœtale après 15 SA.

Critères de non inclusion

- Pathologie psychiatrique décompensée.
- Femmes ne parlant pas français.

Critères d’exclusion

- Diagnostic de pathologie fœtale à la nouvelle grossesse.
- Désir manifeste d’interrompre la recherche.

5.4 Outils

5.4.1 Entretien semi-structuré

L’outil principal de notre recherche est un entretien semi-structuré. Ce choix a été réalisé pour plusieurs raisons. Comme l’entretien libre, il permet d’avoir des contenus et des thématiques variées et propres à chaque individu. Au sein de chaque thématique, il permet d’apercevoir le cheminement de la pensée, ainsi que d’avoir des informations sur les affects. Il permet donc à la fois de recueillir des données intéressantes cliniquement mais aussi, que celles-ci soient plus facilement analysables et classifiables que lors d’un entretien libre. Cet entretien permet d’approcher le fonctionnement mental du sujet et aussi de préciser certains points caractérisant plus spécifiquement le vécu de la grossesse et la relation de la future mère avec l’enfant en tant qu’objet fantasmatique.

La mosaïque individuelle de désirs développementaux, de conflits internalisés de représentations d’objet, et de besoins narcissiques qui font partie de chaque grossesse, et de son échec, fait de chaque cas une expérience unique. Les langages et les points

de référence différents que chaque modèle utilise encouragent également ces distinctions. En même temps ces aspects peuvent être intégrés à un niveau conceptuel plus élevé, faisant ainsi ressortir leur renforcement mutuel ainsi que leur complémentarité. (Leon, 1996)

Afin de construire le guide d'entretien nous nous sommes librement inspirés de l'IRMAG (Ammaniti et al., 1999). Nous avons décidé de ne pas le suivre dans sa totalité car il n'est pas en l'état adapté à la situation particulière d'une grossesse suivant une perte prénatale. Les thématiques abordées dans le guide d'entretien sont les suivantes (voir Annexe B) :

Premier entretien, 20-22 SA. Représentations parentales pendant la première grossesse. Perception de l'annonce, vécu après l'annonce, la prise de décision, l'interruption. Histoire du deuil dans le récit de la famille et du couple. Autour du deuil : Représentations du fœtus, rencontre avec le bébé mort, rituels. Anticipation de la rencontre. Suivi médical et psychologique. Grossesse actuelle : place des symptômes somatiques, perception des mouvements du bébé ; différence dans les grossesses.

Deuxième entretien, 27-30 SA. Autour du deuil : Représentations de l'enfant mort, vécu de l'IMG, place de cet enfant dans la grossesse actuelle. Grossesse actuelle : place des symptômes somatiques, perception des mouvements du bébé, différence dans les grossesses. Représentation du bébé à venir. Anticipation

Troisième entretien, 35-34 SA. Autour du deuil : Représentations de l'enfant mort, vécu de l'IMG, place de cet enfant dans la grossesse actuelle. Grossesse actuelle : Vécu de la grossesse actuelle, perception des mouvements du bébé, représentation du bébé à venir. Anticipation.

TABLE 5.1 – *Durée des entretiens*

	1er entretien	2nd entretien	3ème entretien
Durée moyenne	2 h 30	1 h 30	1 h 40
Durée minimale	1 h 15	1 h	1 h
Durée maximale	3 h 30	3 h	2 h 40

Méthode d'analyse.

Une analyse qualitative sur une base théorique psychodynamique a été faite à partir des entretiens semi-structurés.

Impressions cliniques, anamnèse. Nous avons relevé dans les entretiens, nos observations cliniques ainsi que les récits d'anamnèse auxquels nous avons eu accès. Ces éléments sont fondamentaux pour la compréhension de la problématique de chaque sujet dans leur vécu individuel et subjectif.

Analyse du contre-transfert. Bien qu'en situation de recherche les enjeux du transfert et du contre-transfert ne soient pas comparables à celui de la psychothérapie, ils existent et peuvent servir d'appui à la compréhension du fonctionnement psychique des sujets que nous avons reçu. Nous avons donc été attentifs à prendre des notes de nos propres ressentis après chaque entretien et à essayer de comprendre ce qui nous a parfois amené à « oublier »

d'en prendre. Une grande partie des entretiens a été retranscrit par Marie Courtaux, psychologue clinicienne. Nous avons eu de nombreux moments de reprise clinique, nous permettant d'échanger sur nos impressions contre-transférentielles. Elle en écoutant et moi face à la patiente. Ses impressions ont contribué à nourrir dans ce travail l'analyse du fonctionnement psychique des femmes.

Analyse du contenu. Les entretiens ont été audio-enregistrés dans leur globalité. L'enregistrement des entretiens et leur retranscription a permis une analyse fine du *verbatim*. Nous nous sommes servis du logiciel N'Vivo¹ pour faciliter la classification des différents éléments du langage. N'Vivo est un outil de classement des données qualitatives. Il nous a permis de classer pour chaque entretiens les éléments relevant de la honte, de la culpabilité, des représentations du bébé mort et de bébé à venir. Le logiciel permet de définir des « nœuds » et de sélectionner ensuite manuellement les extraits de texte que nous choisissons de placer dans chaque « nœud ». Il est possible de placer à différents endroits le même extrait de texte. Les « nœuds » que nous avons choisis étaient les suivants :

Honte

- Perte de contrôle
- Échec
- Sentiment d'exclusion
- Caché/dévoilé

Culpabilité

- Acte IMG
- Maladie
- Envers le bébé mort
- Envers le bébé actuel

Représentations bébé mort

- Désir d'enfant
- Nomination

— Relation

— Représentations

Représentations bébé actuel

- Désir d'enfant
- Nomination
- Relation (parler/toucher ; proprioception)
- Représentations

Deuil

- Bénéfices perte
- Rituels

Autre (éléments d'anamnèse)

5.4.2 Echelles

Les échelles nous ont permis de décrire la population et nous avons utilisé certaines d'entre elles dans notre opérationnalisation (voir Annexe C).

Evaluation de la dépression au moyen de l'EPDS

Nous avons choisi d'utiliser l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, créée initialement pour dépister la dépression dans le post-partum par Murray et Cox. Cet auto-questionnaire de 10 items a été validé en français et pour la période anténatale (Adouard, 2005). Il explore les différentes composantes de la dépression en excluant la symptomatologie somatique courante en période postnatale. Chaque item est coté de 0 à 3 avec un score minimum de 0 et un score maximum de 30. En post natal, le score de 14,5 est retenu

1. Le lecteur pourra trouver plus d'informations sur ce logiciel sur le site : <http://www.qsrinternational.com/nvivo-french>

comme cut-off de dépression majeure et le score de 12,5 plus fréquemment utilisé pour dépister les épisodes dépressifs mineurs ou majeurs (Murray et Cox, 1990).

Evaluation de l'anxiété au moyen de la STAI

Le State Trait Anxiety Inventory est un auto-questionnaire de 40 items créé par Spielberger. Développé selon la forme X en 1969, il a été reformulé sous la forme Y actuelle par Spielberger en 1983. Cette forme Y a été adaptée en Français par Schweitzer en 1990. Il s'agit d'une des échelles d'anxiété les plus utilisées. Le questionnaire se compose de deux parties, de 20 items chacune, qui évaluent de façon indépendante l'anxiété Etat (STAI-A) et l'anxiété Trait (STAI-B), ce qui fait son intérêt. Chaque item est coté de 1 à 4, pour chaque partie la note varie donc de 20 à 80. La consistance interne des deux échelles est excellente ($\alpha > 0,90$). La fidélité test-retest est meilleure pour l'anxiété Trait (0,65-0,75) que pour l'anxiété Etat (0,34-0,62). Des normes existent dans diverses populations. Chez des étudiants américains, Spielberger a défini un score moyen de 39 (SD=8) chez les hommes et 39 (SD=9) chez les femmes. Les moyennes retrouvées dans l'échantillon français de standardisation sont pour l'anxiété Etat de 40,7 +/- 10,3 et pour l'anxiété Trait de 45,1 +/- 11,1 chez les femmes et de 41,9 +/- 9,5 chez les hommes. Cette échelle permet la comparaison de moyennes d'anxiété par groupe de patientes ou de distinguer des groupes ayant une anxiété élevée en choisissant un cut-off (note $T > 55$)

Evaluation de l'attachement prénatal materno-fœtal au moyen de la PAI

Le Prénatal Attachment Interview consiste en un inventaire de 21 items qui décrivent les pensées, les sensations de la mère et sa relation au fœtus. Citons à titre d'exemple : "je peux dire quand mon bébé est endormi, je rêve du bébé, je pense que mon bébé a déjà une personnalité...". Dans la version originale, ces items donnent lieu à 5 facteurs qui sont 1- Fantaisies, 2- Interaction. 3- affection. 4- Différenciation Soi-fœtus. 5- Plaisir partagé (Müller, 1993). Chaque item est coté de 1 à 4 soit des scores de 21 à 84. Il n'existe pas de cut off mais le score global permet des comparaisons de moyenne par sous-groupes. La traduction et la validation en Français a été menée conjointement à cette recherche par notre équipe (Jurgens et al., 2010). Adamjy (2014) a réalisé une étude évaluant le score au PAI de la population de femmes enceintes; ce qui permettra pour notre recherche de constituer un groupe contrôle apparié avec le terme. De plus cette échelle a montré une forte corrélation avec l'établissement de la sensibilité maternelle en postnatal, variable elle-même corrélée au développement d'un attachement sécure. (Siddiqui, 2000)

Évaluation du deuil périnatal au moyen de la PGS

La Perinatal Grief Scale est un auto-questionnaire développé par Toedter en 1988. La traduction française a été validée par Lang et Goulet. Il comporte 33 items qui évaluent différents aspects du deuil périnatal. Les items peuvent être regroupés en trois sous échelles qui permettent d'évaluer séparément le deuil actif, les difficultés d'adaptation et le désespoir. Chaque sous-échelle donne un résultat compris entre 11 et 55.

Les items se cotent de 1 à 5 après renversement des cotations à l'exception des items 11 et 33, ce qui donne un résultat compris entre 33 et 165; 165 correspondant à une souffrance

de deuil élevée. Les auteurs proposent un score seuil total de 91, au-delà duquel la réaction de deuil est considérée comme intense. Concernant les sous échelles, les scores de 34 pour le « deuil actif » (AG), 30 pour la « difficulté à faire face » (DC), 27 pour le « désespoir » (D) sont considérés comme des scores seuils associés à des risques d'évolution délétère (Toedter, 2001). Leon (1996), considère que l'échelle « désespoir » est un bon marqueur de la dimension narcissique du deuil et que l'échelle « deuil actif » est le marqueur de l'élaboration des aspects objectaux du deuil.

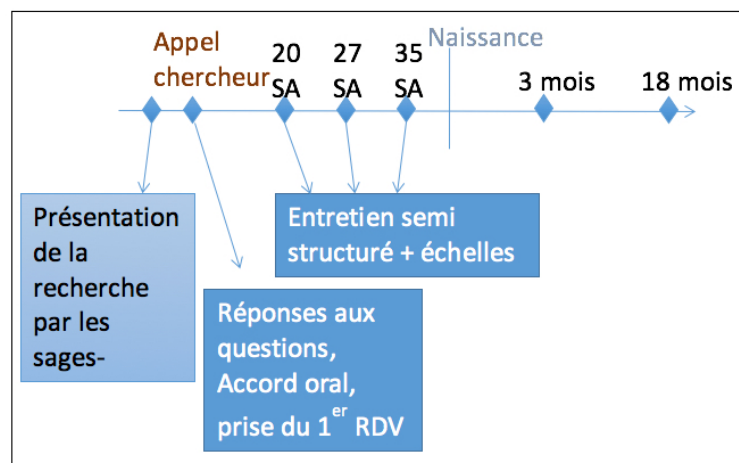
Évaluation de l'état de stress post-traumatique à l'aide du PCLS

La PTSD Checklist Scale a été développé par Weathers, Litz, Herman et al., 1993. Il a été traduit et validé en français par Cottraux en 1996, puis validé par Ventureyra, Yao, Cottraux et al. en 2002. Il mesure les trois sous-syndromes principaux de l'ESPT : re-expérience ; évitement ; hypovigilance. 17 items composent l'inventaire gradués de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement). Les participants graduent leurs symptômes en se basant sur les quelques mois précédant la passation.

5.5 Déroulement

Lors de la première consultation de la femme au centre de dépistage PRIMA FACIE, le médecin, consultant, ou la sage-femme présentent brièvement la recherche aux patientes pouvant être incluses. Ils remettent une note d'information et font remplir un consentement à être contacté par un chercheur qui présentera l'étude plus en détail et conviendra d'un rendez-vous si la femme adhère au projet.

Lors de la première rencontre le chercheur répond aux questions de la femme et ils signent les consentements éclairés. À chaque rencontre a lieu un entretien semi-structuré et la passation d'auto-questionnaires. Le protocole comporte également deux rencontres en post-natal, aux trois mois et aux 18 mois de l'enfant. Ces rencontres ont lieu avec l'enfant et le père. Elles peuvent aussi se dérouler sans eux si c'est le souhait du père ou de la mère. Le même chercheur suit la femme au long des cinq rencontres. Nous ne développons pas ici le protocole des rencontres en post-natal car nous avons fait le choix de nous centrer sur le temps de la grossesse pour ce travail de doctorat.



Déroulement de la recherche

5.6 Opérationnalisation des hypothèses

Hypothèse générale 1. Chez la femme enceinte suite à une IMG, l'émergence d'un investissement objectal envers le fœtus/bébé de la grossesse actuelle active l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé.

- **HO 1** Au fil des entretiens semi structurés, on note une évolution de l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé :
 - la nomination est de plus en plus spécifique (du pronom au surnom) et sexuée,
 - les représentations tendent de plus en plus vers un investissement objectal.
- **HO 2** Au fil des entretiens semi structurés, il apparaît une différenciation entre le fœtus actuel et le fœtus décédé.
- **HO 3** Au fil des entretiens semi structurés, on observe une évolution des représentations du fœtus/bébé de la grossesse actuelle :
 - le fœtus devient au fur et à mesure de la grossesse un être sexué dans la psyché maternelle,
 - le fœtus est nommé par un prénom ou un surnom qui lui appartient,
 - des représentations du bébé à venir apparaissent.
- **HO 4** Au fil des entretiens semi structurés, l'évolution du lien au fœtus/bébé de la grossesse actuelle est un marqueur d'une relation d'objet naissante.

Hypothèse générale 2. Lors d'une grossesse suivant une IMG, la femme traverse des vivances de honte.

- **HO 2.1** Au cours des entretiens semi structurés, la honte s'exprime au travers d'un sentiment de perte de contrôle sur soi ou sur son environnement.
Ex : « Je m'évanouis sans raison » ; « J'ai l'impression de ne plus pouvoir gérer le quotidien »
- **HO 2.2** Au cours des entretiens semi structurés, la honte s'exprime au travers d'un sentiment d'indignité face à l'idéal du moi ou d'un idéal extériorisé.
Ex : « échec, inapte, impuissant, inférieur, stupide, incapable, sans valeur » ; sentiment de ne plus mériter de compliments au travail ; « Mes parents ne me font plus confiance ».
- **HO 2.3** Au cours des entretiens semi structurés, la honte s'exprime au travers d'idées concernant ce qui est caché et ce qui est dévoilé.
- **HO 2.4** Au cours des entretiens semi structurés, la honte s'exprime au travers de la perte d'un sentiment d'appartenance et par un sentiment d'inadéquation.
Ex : « Ils ne peuvent pas comprendre ce qu'on vit » ; « Quand je vois les femmes

enceintes, je ne suis plus naïves comme elles » ; « absurde, idiot, bizarre, fou, drôle, étrange, intimidé ».

Hypothèse générale 3. Lors d'une grossesse suivant une IMG la femme traverse des vivances de culpabilité.

- **HO 3.1 Au cours des entretiens semi structurés, on trouve l'expression de vivances de culpabilité en lien avec l'acte d'interruption médicale de grossesse.**
Ex : « j'ai tué mon bébé... je l'accepte mais je m'en veux », « je n'aurais pas dû faire ça », « j'ai du mal à assumer la décision qu'on a prise ».
- **HO 3.2 Des fantasmes de culpabilité sont exprimés lors des entretiens semi structurés, sur la cause de la maladie.**
Ex : « On a visité un appartement sans deuxième chambre, il n'y avait pas de chambre pour lui, c'est peut-être pour ça que... ».
- **HO 3.3 Des vivances de culpabilité sont exprimées au cours des entretiens semi structurés à propos d'un sentiment de trahison du fœtus/bébé décédé.**
Ex : « je n'arrive pas à être heureuse des bonnes nouvelles concernant cette grossesse car il y a toujours la culpabilité vis à vis du bébé précédent ».
- **HO 3.4 Lors des entretiens semi structurés, des vivances de culpabilité sont exprimées envers le fœtus/bébé actuel.**
Ex : « je pleure souvent, je sais que mon bébé ressent tout, je ne devrai pas pleurer ».

Hypothèse générale 4. Au cours de la grossesse qui suit une IMG, le processus multidimensionnel du deuil prénatal est intriqué avec l'évolution des vivances de honte et de culpabilité.

HG 4.1 Moins la vivance de honte est envahissante, plus la dimension développementale du processus de deuil est résolutive.

- **HO 4.1.1 Dans le discours des trois entretiens semi-structuré, le sentiment d'inadéquation diminue en même temps que la femme se retrouve intégrée à des groupes d'appartenance.**

HG 4.2 Au cours de la nouvelle grossesse, l'atténuation des vivances de honte accompagne la résolution de la dimension narcissique du deuil.

- **HO 4.2.1 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, la vivance d'échec diminue en même temps que la femme trouve des bénéfices identitaires et identificatoires à la perte.**
- **HO 4.2.2 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, la nécessité de se cacher baisse à mesure que la grossesse avance.**

- HO 4.2.3 Un score sous le seuil à l'échelle « D » du PGS, s'accompagne de la diminution des vivances de honte.

HG 4.3 La présence de vivances de culpabilité accompagne l'élaboration de la dimension objectale du deuil.

- HO 4.3.1 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis à vis du bébé décédé sont présentes, plus l'élaboration de la dimension objectale du deuil est résolutive.
- HO 4.3.2 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis à vis du bébé décédé sont présentes, plus le score à l'échelle « AG » du PGS diminue.

HG 4.4 La présence de vivances de culpabilité accompagne l'investissement objectal de l'enfant à venir.

- HO 4.3.2 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, des vivances de culpabilité vis à vis du bébé actuel accompagnent un investissement objectal de la grossesse en cours.
- HO 4.3.2 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis à vis du bébé actuel sont présentes, plus le score au PAI est élevé.

Troisième partie

Résultats

*Dans cette partie nous présentons les résultats de notre étude. Nous proposons d'abord un tableau résumant les principales informations concernant chaque femme ainsi que ses résultats aux échelles. Ensuite, la présentation des résultats est divisée en deux chapitres. Le Chapitre 6, est constitué des études de cas de chaque femme, nous y résumons les éléments d'anamnèse ainsi que les principaux résultats aux hypothèses. **Pour l'analyse détaillée de chaque situation clinique nous invitons le lecteur à se référer à l'annexe E.** J'ai choisi une illustration pour chaque femme. Ce choix a été fait en fonction de ce que chacune m'a fait vivre et m'a donné à comprendre de son fonctionnement psychique.*

Le Chapitre 7 reprend en détail les hypothèses opérationnelles au travers d'une analyse transversale des résultats afin de dégager les lignes communes et les variations individuelles des femmes aux hypothèses.

Présentation globale de la population

SUJET	Age	Terme IMG (SA)	Délai (mois)	Enfant	Age	Vu	porté	Prénom	Livret	Autre rituel	Sexe bébé décédé	Sexe bébé actuel	EPDS T1	EPDS T2	EPDS T3	PAI T1	PAI T2	PAI T3	PCLS T1	PCLS T2	PCLS T3	T1 STAI A	T2 STAI A	T3 STAI A
Mme P	32	23	5	0		X	X	X	X	TH	F	M	0	5	10	41	59	63	28	22		32	57	56
Mme D	36	36	21	0	X	X	X	X	X		F	M	3	1		55	55		22	32		30	28	
Mme J	33	26	6	0	X	X	X	X	X		M	?	16	8	7	71	72	69	34	31	28	50	44	49
Mme M	33	18	5	1	M 6 F 4	X	X	X	X	oui	F	M	11	11	5	49	52	66	39	36	25	52	48	39
Mme F	33	20	11	1	M 3	X	X	X	X	PL	F	M	12	10	14	40	52	53	52	49	44	51	25	26
Mme S	30	23	2	0		X	X	X	X		F	?	8	10	6	60	57	56	26	31	30	47	36	41
Mme G	37	28	12	0	X	X	X	X	X	PL	F	M	3	3	7	47	50	58	26	23	23	25	20	
Mme A	38	14	2	1	M 7 F 4	X	X	X	X	oui	F	M	17	6	6	38	56	56			43	45	32	41
Mme B	37	25	12	0	X	X	X	X	X		F	F	3		4	51		65	22		18	27	22	
Mme C	33	34	6	1	F 4	X	X	X	X	TH	F	F	16	11	13	36	42	39	48	46	43	55	54	58
Mme T	28	26	5	0		X	X	X	X	TH	M	M	9	4	9	52	52	55	31	31	31	54	50	46
N	11	11	11	7		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	10	10	10	9	9	11	10	9
Moy	33,63	24,818	7,909	4		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49,0	54,7	58,00	32,800	33,444	31,667	42,545	39,40	42,222
Min	28	14	2			0	0	0	0							36	42	39	22	22	18	25	20	22
max	38	36	21													71	72	69	52	49	44	55	57	58
et	3,107	6,447	5,629													10,4	7,67	8,576	10,497	9,126	9,566	11,605	12,95	12,468

SUJET	DAS T1	DAS T2	DAS T3	T1-PGS-AG	T1-PGS-DC	T1-PGS-D	T1-PGS-TOT	T2-PGS-AG	T2-PGS-DC	T2-PGS-D	T2-PGS-TOT	T3-PGS-AG	T3-PGS-DC	T3-PGS-D	T3-PGS-TOT
Mme P	97	75		29	21	16	66	23	14	11	48	28	18	12	58
Mme D	108	107		21	19	14	54	31	15	13	59				
Mme J	103	92	95	48	18	19	85	31	15	15	61	31	23		
Mme M	105	104	104	38	29	18	85					30	19	13	62
Mme F	87			34	36	28	98	31	37	31	99	29	32	27	88
Mme S	87	85	90	36	21	20	77	33	24	18	75	26	21	17	64
Mme G	106	104						25	20	11	56				
Mme A	88														
Mme B	100		105	19	19	12	50					18	12	12	42
Mme C	90	84	80	37	26	20	83	33	19	16	68	34	26	19	79
Mme T	95	96	93	37	26	27	90	33	22	20	75	32	19	21	72
N	11	8	6	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	7	7
Moy	96,90	93,37	94,50	33,222	23,889	19,333	76,444	30,000	20,750	16,875	67,625	28,500	21,250	17,286	66,429
Min	87	75	80	19	18	12	50	23	14	11	48	18	12	12	42
max	108	107	105	48	36	28	98	33	37	31	99	34	32	27	88
et	8,031	11,43	9,311	8,997	5,925	5,362	16,394	3,854	7,479	6,534	15,729	4,899	5,946	5,559	14,987

Chapitre 6

Cas cliniques

Mme P



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale

Mme P et son mari sont âgés tous les deux de 32 ans et sont en couple depuis six ans. Ils ont vécu à distance pendant quelques années. La grossesse était désirée depuis un moment déjà, ils attendaient de pouvoir se stabiliser dans une même ville. La grossesse arrive après environ cinq mois de tentatives et ils sont très contents lorsqu'ils l'apprennent dit-elle. Elle sent le bébé bouger à quatre mois de grossesse. Elle explique avoir commencé à penser au bébé peu de temps avant la seconde échographie, étant jusque-là plutôt centrée sur son état de grossesse. Des anomalies cardiaques importantes sont décelées mais le radiologue ne leur dit rien, il les dirige vers un confrère, chez qui Mme P, qui n'est pas inquiète, se rend seule quatre jours après. On lui annonce des malformations cardiaques très graves. L'interruption a lieu à 23 SA. Ils décident de voir le bébé, qui est une fille, la prennent tous les deux dans leurs bras. Leurs parents respectifs viennent aussi la voir, cela durera deux heures. Ils la prénomment Julie et l'inscrivent sur leur livret de famille. Mme P pense à une grossesse suivante dès le lendemain, craignant d'avoir trop attendu, d'être trop vieille. Elle attendra cependant de se sentir mieux et la grossesse débute cinq mois après l'IMG. Mme P est fille unique et a été élevée par sa mère avec qui elle dit avoir eu une relation particulièrement fusionnelle. Son père, bien qu'elle le connaisse, a été totalement absent de sa vie. Envisager la parentalité à deux était donc très compliqué pour Mme P. La façon dont son conjoint s'est positionné pendant la période de l'IMG lui permet de le sentir père et de l'inclure dans son schéma familial. À la grossesse suivante elle se sent donc beaucoup plus rassurée par rapport à cette question.

Impressions cliniques. À la différence des autres femmes, elle m'est adressée par une collègue de la maternité T. elle n'est pas donc pas suivie à N. et je la reçois dans un lieu de consultation plus proche de son domicile à sa demande. Mme P parle lentement et a besoin de temps pour aller au bout de ses idées. Le premier entretien est très long, il dure trois heures. Le second est beaucoup plus court, probablement parce qu'elle a été surprise à l'entretien précédent de se trouver aussi émue et fragilisée et est alors plus dans la retenue de l'expression de son vécu. J'ai aussi le sentiment de lui avoir laissé moins de temps entre mes questions. Le troisième est à nouveau plus long que la moyenne. L'expression des affects n'est pas aisée pour elle. C'est une femme ayant de bonnes capacités d'analyse. La lenteur des réponses rend l'entretien difficile à mener. Elle adhère bien à la recherche et profite du temps des entretiens comme d'un espace d'élaboration.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Au début de la grossesse précédente Mme P n'imagine pas et s'inquiète de ne pas sentir qu'elle porte un bébé, ce qui l'interroge. Elle cherche à se projeter, décide de faire de l'haptonomie, pensant que cela lui permettrait de rendre plus concrète la présence du bébé en elle. La première échographie n'est pas source de fantaisies, elle ne voit pas bien les images et se sent déçue. Une première forme de lien s'installe : Mme P touche son ventre, ainsi que son mari, elle s'adresse au bébé dans sa tête plutôt qu'à voix haute ce qui nous laisse penser qu'elle porte le bébé de façon imaginaire, sans l'accès encore à une différenciation et à la représentation du bébé dans son altérité. Le diagnostic précipite la prise de conscience de l'altérité du fœtus/bébé et la nécessité

de créer un lien avec lui. Ils apprennent à cette occasion le sexe du bébé. C'est là qu'ils prennent conscience de leur statut de parents et elle essaye « *de l'accompagner, de lui dire au revoir* ». Cela s'avère difficile, elle a du mal à toucher son ventre à nouveau et son mari également. Elle ressent une ambivalence d'une intensité particulièrement forte, inconnue jusqu'alors, entre « *envie de s'en détacher* » et « *ne pas vouloir faire comme si elle n'était plus là* ». La rencontre fait très peur à Mme P, du fait de l'aspect de l'enfant qu'elle n'imagine pas comme un bébé et de la confrontation avec la mort. C'est lorsqu'ils apprennent que le destin du fœtus/bébé a été pensé par la société au travers de rituels : crémation, cimetière de Thiais... qu'ils peuvent se renseigner auprès de la sage-femme sur le déroulé de l'accouchement. C'est en intégrant ce qu'ils vivent dans une forme de normalité, reconnue et pouvant être pensée socialement, que les représentations archaïques, d'un être entre vie et mort, peuvent se secondariser. Ils la prénomment Julie. Au moment de voir le bébé elle alterne entre des images d'un bébé très différent de ses représentations, sur lequel ne peut pas se projeter l'enfant imaginaire et un enfant qui vient au contraire s'inscrire dans la famille. La place psychique et symbolique accordée à cet enfant défunt est compliquée pour Mme P. Elle garde d'abord de sa fille l'image qu'elle s'était faite en l'imaginant et non celle du bébé qu'elle a réellement vu. Tandis qu'à l'entretien suivant elle dit que lorsqu'elle pense au bébé mort elle pense au bébé qu'elle a vu. Au dernier entretien Mme P s'interroge encore sur la place qu'elle pourra accorder à cette petite fille dans la famille. Elle craint de ne pas laisser de place au bébé à venir et à l'inverse que celui-ci efface la présence de Julie qu'elle n'a finalement pas connue. Elle énonce la difficulté à concevoir la réalité psychique de ce bébé et par là la difficulté de ce deuil. Non seulement ils ne l'ont vue que morte, mais en plus, sa présence n'était pas encore concrète lorsqu'ils ont appris le diagnostic. Le lien s'est créé à partir du moment où ils ont su que sa vie s'arrêterait ce qui donne une tonalité particulière à cet investissement.

Différenciation. La différenciation avec le bébé de la grossesse actuelle est compliquée. Il y a un vrai sentiment de continuité qui se dégage. Elle dit encore attendre sa fille et revit corporellement de façon très intense les sensations éprouvées à la grossesse précédente. Mme P a très peur de confondre les deux bébés. Bien qu'elle pense réussir à les distinguer elle craint le poids qui pourrait peser sur le bébé actuel du fait de la perte « *Il y a vraiment une distinction mais par contre enfin je sais pas ça dépend des moments, parfois oui je peux avoir peur de de me dire que. . . d'avoir des attentes qui. . . dans le sens que. . . qui viennent réparer la douleur qu'on a eu quoi (larmes dans la voix)* ». La confusion qu'elle vit et dont elle parle ne se retrouve cependant pas dans le flux narratif.

La grossesse actuelle. Les représentations qu'elle a du bébé actuel n'évoluent pas au cours de la grossesse. Elle ne l'imagine pas et ne se le représente pas dans l'avenir. Elle est parasitée par l'image du bébé mort qui ne correspondait pas à ce qu'elle avait imaginé mais aussi qu'elle craindrait de remplacer si elle imaginait le bébé à venir. En revanche, les représentations d'elle en tant que mère évoluent et s'étoffent de façon adaptée. Bien qu'elle n'imagine pas le bébé actuel, une forme de première relation objectale se met en place, toujours intriquée avec un versant beaucoup plus narcissique « *c'est c'est plus que j'ai l'impression qu'il est à sa place, dans son environnement* ». Elle touche son ventre, le sent bouger. Au second entretien elle imagine qu'il ressent des choses et au troisième, qu'il

communiqué par ses mouvements. Elle rationalise néanmoins beaucoup « *Enfin c'est pas forcément lié à sa réceptivité à lui mais. . . . oui c'est c'est je sais pas si c'est justifié ou non mais je prends ça comme un signal de communication* ». Elle lui parle aussi lorsqu'elle vit des émotions fortes pour les lui expliquer, le reste du temps elle s'adresse à lui dans sa tête.

Vivances de honte. Chez Mme P, les vivances de honte sont très présentes au moment de l'IMG, elles peuvent se transformer au cours de la grossesse suivante. Au moment de l'IMG Mme P exprime des sentiments de perte de contrôle sur elle-même qui s'expriment corporellement : elle est tombée dans les pommes au moment d'avaler les médicaments provoquant l'expulsion. Le sentiment d'échec est présent chez Mme P au moment de l'IMG, échec de la grossesse, crainte de ne pas y arriver de nouveau. Ce sentiment d'échec se déplace d'une certaine façon sur son travail lorsqu'elle est obligée de partir en congé plus tôt que prévu lors de la grossesse actuelle. Cependant, Mme P peut retirer des bénéfices narcissiques à la perte et fait beaucoup d'efforts pour se restaurer narcissiquement. Un réel changement s'opère également chez Mme P dans sa possibilité d'intégrer la figure paternelle à son schéma familial. Le vécu d'échec diminue au troisième entretien. Entre le diagnostic et l'IMG Mme P est gênée par le fait que son ventre se voit de plus en plus. Elle reste dans un milieu « *protégé* » où elle ne voit que des personnes « *qui étaient au courant* ». Cette même division se fait de nouveau lors de l'annonce de la nouvelle grossesse. Pour Mme P la présence de l'équipe, tant soignante qu'au cimetière de Thiais a été très importante. Ils se sont sentis contents et accueillis. Le sentiment d'exclusion à la fois centrifuge et centripète émerge cependant de façon plus marquée à mesure que la grossesse avance, venant raviver les vivances du moment de l'IMG. Elle explique que son entourage ose moins lui poser des questions sur la grossesse en cours, la laissant dans un sentiment de solitude. Il y a une démarcation importante entre le cercle « *intime* » des amis qui sont au courant ou de ceux qui « *comprennent* » au sein duquel elle peut parler librement de sa grossesse et de son accouchement et les personnes hors de ce cercle.

Vivances de culpabilité. Mme P n'a employé le mot « *interruption* » que très tard, même après l'IMG. Elle avait bien compris que la grossesse allait s'interrompre, mais n'arrivait pas à accepter la part active qu'elle prenait dans cette interruption. Elle imagine que cela se passera sous anesthésie générale et la perspective de l'accouchement lui fait « *très peur* ». Elle décide l'interruption par opposition aux soins palliatifs dont l'évocation lui fait également « *très peur* », peur de voir son enfant souffrir dit-elle, peur aussi sans doute de voir un bébé mourir alors que dans l'IMG c'est « *l'interruption d'une grossesse* ». La difficulté de la décision en elle-même est atténuée par l'idée que le bébé mourrait quoi qu'il arrive à la naissance ou très rapidement dans les suites. Cependant, le poids d'avoir à prendre cette décision est lourd pour Mme P. Le fœticide est le moment le plus difficile, un moment dont elle ne reparle plus avec son entourage proche. Lors du second entretien Mme P raconte un rêve au cours duquel elle accouche d'une petite fille, elle se rend compte quelques jours après que le bébé est à côté d'elle à la maternité, l'infirmière, qui est décrite comme froide, « *pas désagréable mais froide* », leur dit qu'elle va bien. Quand elle la questionne sur ce bébé qui ne pleure pas, qui ne dit rien, l'infirmière lui explique qu'il

restait du « *poison* » dans son ventre. « *Ma première réaction c'est de me dire "mais ils me l'ont pas dit, ils auraient dû me le dire avant et . . . qu'il y avait un risque ou que. . ."* Et euh. . . et dans ma tête c'était clair que ce poison c'était euh c'est euh ce qu'on a injecté pour tuer mon bébé quoi (sa voix s'affaiblie) le jour de l'accouchement ». Dans l'association libre autour de ce rêve elle relève le vécu de culpabilité. Elle se souvient m'avoir dit qu'elle n'en a pas ressenti et pense ne toujours pas en ressentir mais elle se questionne au travers de ce rêve sur l'existence d'une culpabilité refoulée. Au troisième entretien elle peut dire qu'elle ressent de la culpabilité concernant la décision d'arrêt de la grossesse. Mme P craint que sa culpabilité ne trahisse ce qu'elle ne veut pas raconter à l'enfant à venir : ils ont eu le choix. Au cours du premier entretien Mme P parle de sa culpabilité de moins penser à sa première petite fille. Elle se sent tout de même rassurée par le fait de ne pas avoir été la seule à la voir. Au dernier entretien Mme P revient sur la culpabilité qui l'interroge en rapport avec nos questions depuis notre première rencontre. Elle peut alors parler de son sentiment au moment de l'IMG de ne pas avoir pu protéger sa fille alors que c'est ce qu'elle aurait voulu. Elle dit ne plus avoir ce vécu-là actuellement mais raconte ce sentiment en pleurant montrant tout de même l'actualité de cette vivance. Mme P se sent coupable au second entretien de faire vivre au bébé qu'elle porte ses émotions tristes concernant la grossesse précédente. Elle peut néanmoins le résoudre d'une façon qui nous semble tout à fait contenante en mettant en mot, en expliquant que bébé qu'elle porte les raisons de sa peine. Elle craint aussi d'avoir des attentes de « *réparation de la douleur* », vis-à-vis du bébé à venir.

En conclusion, même s'il n'y a pas d'évolution dans **les représentations du bébé actuel**, Mme P peut de plus en plus s'imaginer comme mère de ce bébé et des prémices d'intersubjectivité sont présents au troisième entretien. **Les représentations du bébé mort** évoluent au fil de la grossesse, elle commence à la voir comme un souvenir et non une représentation imaginaire. Elle peut surtout mettre en mot la complexité du lien et de l'investissement, très particulier, qu'elle a pour ce bébé. Néanmoins, une confusion entre les bébés reste présente jusqu'à la fin de la grossesse. Celui-ci est pour Mme P un objet interne qui n'a pas eu de correspondance externe, rendant compliquée l'élaboration du versant objectal du processus de deuil du bébé mort.

Les aspects narcissiques de la **honte** (échec, perte de contrôle) s'élaborent au fil de la grossesse. En revanche les aspects objectaux de la honte (sentiment d'exclusion, besoin de cacher) augmentent, notamment au dernier entretien. La **culpabilité** d'avoir arrêté la grossesse est présente tout au long des entretiens, de façon plus latente au premier entretien, elle peut devenir consciente et donc pensable par le biais d'un rêve aux entretiens suivants. La culpabilité qu'elle ressent vis-à-vis du bébé mort accompagne l'évolution des représentations de ce bébé. En pouvant penser qu'elle n'a pas pu « *protéger* » sa fille elle donne à cette dernière une représentation humanisée et différenciée d'elle-même. La culpabilité éprouvée vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle accompagne elle aussi l'évolution d'une relation de (proto)intersubjectivité.

Mme D



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme D est âgée de 36 ans, son conjoint a 40 ans, ils sont en couple depuis 6 ans. Elle a deux frères qui ont déjà des enfants. Ils ont grandi avec leur mère car leur père est parti quand elle avait deux mois et elle n'a pratiquement aucun contact avec lui. Elle le décrit comme une personne toxique pour elle. Elle a le fantasme que sa mère l'a eue pour retenir son père qui la trompait ouvertement. Sa mère aurait fait une dépression au moment de sa naissance, du fait de la situation conjugale. Aux trois semaines de Mme D, elle serait partie en vacances pendant trois semaines la laissant à sa grand-mère paternelle.

Madame est préoccupée par sa généalogie qui est floue : La mère de son père était malgache mais est morte en couche, elle ne sait donc pas quel était son type de peau et se demande comment sera son enfant. Le désir d'enfant était ambivalent chez elle. Elle avait jusqu'alors l'idée « féministe » qu'une femme n'avait pas besoin d'un enfant, qu'un couple pouvait créer ensemble autrement. Il s'agissait néanmoins d'une idée assez défensive puisqu'elle évoque à d'autres reprises avoir toujours imaginé avoir un enfant avant 35 ans.

Ils essayent pendant dix mois avant que la première grossesse ne démarre. Elle débute dans une maison de vacance, seule maison rescapée quelques années plus tôt d'un incendie qui a touché toute la région. La grossesse se déroule bien, M et Mme D ont des projets de publication en commun par ailleurs. Ils décident de déménager pour avoir une pièce pour le bébé, mais emménagent finalement dans un deux pièces qui leur plaît beaucoup. Lors de la troisième échographie des tumeurs sont constatées sur le cœur, puis un IRM en retrouve sur le cerveau. Une maladie de B. est diagnostiquée. L'interruption se fait à 36 SA. Ils décident de voir le bébé, qui est une fille. Ils la déclarent sur le livret de famille et la prénomment Léa, qui était son surnom pendant la grossesse. Cinq mois plus tard Mme D tombe enceinte de nouveau, le risque de la transmission de la maladie de B. n'a pas été écarté. À 12 SA, une Trisomie 21 est diagnostiquée, elle pratique alors une seconde IMG par aspiration à 14 SA. Elle tombe enceinte 12 mois après la première IMG et fait une fausse couche à environ 9 SA. Finalement, dans les mêmes dates que la première grossesse (à 15 jours de différence) elle tombe enceinte du bébé qu'elle porte lorsque je la rencontre.

Impressions cliniques. Lors de notre premier entretien téléphonique avant la recherche, Mme D me demande si je pourrai, dans le cas où je noterais qu'elle va mal ou qu'elle « *part en vrille* », m'en rendre compte et l'orienter vers une aide professionnelle. Participer à cette recherche est pour elle une source de contenance et d'étayage. Elle adhère aux entretiens, et lors du dernier entretien elle apporte les carnets de dessins qu'elle a réalisés au cours de la grossesse précédente pour me les montrer. Les entretiens avec Mme D sont toujours très longs (entre 2h30 et 3h30). Elle parle beaucoup en développant bien sa pensée et semble profiter de ce temps pour élaborer un certain nombre de problématique. La transparence psychique est à l'œuvre et nous avons accès à de nombreux éléments de son histoire.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. La première grossesse est investie par Mme D sur un plan narcissique. Elle est heureuse et fière de faire un enfant avec son conjoint : « *J'étais pas heureuse d'avoir un enfant, en tant que tel quoi, j'étais très heureuse d'avoir un enfant avec lui* ». Des préoccupations comme la prise de poids, le travail, entravent cependant

l'investissement du bébé. La grossesse est peu concrète pour Mme D, la réalité de l'enfant semble très conceptuelle. Bien qu'elle l'imagine un peu, elle ne lui parle pas et n'a pas d'idée très nette de ce que signifie aimer son enfant. « *Je n'avais pas l'impression de ... de l'aimer comme un être à part. C'était plus un truc, un prolongement de moi, indifférencié quoi. Parce que je pense que la vraie ... elle n'était pas différenciée de moi, jusqu'au moment où finalement on a appris que... Avant je savais qu'on allait se différencier à l'accouchement etc. voilà mais ... mais le fait qu'on allait vraiment être séparée, séparée physiquement et séparée ontologiquement, j'avais pas conscience de ça avant que, juste avant qu'on nous annonce que la maladie était mortelle* ». Le diagnostic précipite Mme D dans une position parentale. La réalité du bébé devient concrète mais Mme D se retrouve « *démunie* » : « *je ne savais pas comment m'en occuper* ». Elle commence alors à l'imaginer beaucoup. Au moment de l'accouchement, Mme D souhaite voir le bébé, M. en est moins sûr, ils décident de la voir. La sage-femme qui le leur présente parle au bébé comme s'il était en vie « *on va voir maman* » ce qui est complètement en décalage avec les représentations de Mme D, et avec la réalité, et est très perturbant pour elle, ils ont alors du bébé une image très négative. Ils retournent voir le bébé dans la chambre mortuaire avec la mère de Monsieur et cette deuxième fois, médiatisée par une figure maternelle contenante et étayante leur permet de la trouver « *jolie* » et de la reconnaître. Malgré cette image corporelle du bébé, Mme D a le sentiment que c'est un bébé « *qui ne s'incarne pas, ou qui s'incarne mal* », et refuse d'ancrer cet enfant dans une matérialité qu'elle ne reconnaît pas. Elle ne souhaite pas l'enterrer et refuse aussi la photo, les empreintes, la « *fétichisation* ». Après l'accouchement elle se dit « *hantée par son image* ». Elle continue de l'imaginer à l'âge qu'elle aurait aujourd'hui. « *Depuis le début je dis « enfant-fantôme, mère-fantôme* ». Elle a le sentiment que ce bébé est de plus en plus secret, plus comme une idée, « *un truc* », que comme un bébé dans sa réalité objectale et matérielle. Elle a le sentiment d'encore attendre cet enfant, de ne pas avoir pleinement pris conscience de sa mort. Ses représentations font complètement l'impasse sur la maladie dont était atteinte l'enfant. Au troisième entretien, elle dit ne pas ressentir de culpabilité vis-à-vis du bébé mort car elle « *n'existe pas* », c'est « *un truc hors temps, inconditionnel* ». Elle continue d'imaginer Léa à l'âge qu'elle aurait aujourd'hui, cependant dans ses scénarios, la réalité de cette petite fille malade peut émerger. Nous avons le sentiment chez Mme D d'un mouvement d'incorporation de l'objet qui ne lui permet pas d'accéder à l'élaboration du versant objectal du deuil.

La différenciation. La différenciation entre ce premier bébé et celui de la grossesse actuelle n'évolue pas nettement au cours de la grossesse. Mme D démarre la grossesse actuelle quasiment au mêmes dates, à 15 jours de différence, que la grossesse ayant donné lieu à la première IMG. Elle a le sentiment de revivre les mêmes choses au même moment, d'attendre l'enfant en pensant qu'il ne viendra pas. Après la mort de Léa, son désir d'enfant devient ardent « *un feu d'utérus* », elle a le sentiment que la nouvelle grossesse est nécessaire pour reporter son besoin sur un autre bébé. Elle est très inquiète par la confusion qu'il pourrait y avoir entre les deux bébés pour elle et cherche continuellement à les différencier. Elle a alors beaucoup recours à l'intellectualisation comme mécanisme de défense. Au troisième entretien, la question de la superposition des dates et des termes est très

actuelle pour elle, elle y pense beaucoup. Elle sent une confusion importante entre les temporalités des deux grossesses et le parallélisme avec d'autres activités de leur vie. La pensée de l'enfant mort est très présente, quand elle voit des enfants du même âge, ce n'est pas le bébé actuel qu'elle projette mais ce qu'aurait pu être ou faire Léa aujourd'hui.

La grossesse actuelle. Concernant les représentations du bébé actuel elle dit avoir très vite eu le sentiment d'être mère de cet enfant, idée plus concrète, moins conceptuelle qu'elle n'a pu l'être pendant la première grossesse. La perception des mouvements fœtaux commence autours de 20 SA. Elle lui parle à voix haute et touche son ventre dès le premier entretien. Elle sent qu'il bouge beaucoup, qu'il est tonique. Au deux premiers entretiens, elle dit de ne pas prendre pour acquis qu'il vive. L'investissement narcissique est inquiétant pour elle, elle est préoccupée par son corps après deux grossesses, elle a le sentiment désagréable d'avoir un Alien dans son corps, elle se culpabilise de ne pas arrêter de fumer mais se rassure en se disant qu'elle se repose et qu'elle est déjà « *une bonne mère* ». Elle est aussi tournée vers l'enfant dont elle a plus de représentations, de sa position dans son ventre, mais aussi en projections dans l'avenir et dans un lien de filiation : « *un grand nez comme son père* », très aidée en cela dit-elle par le père, qui est très « *moteur* » dans les rêveries. Elle craint qu'il ne soit « *minus* » comme elle et son propre père montrant aussi les projections de l'enfant fantasmatique dans ce bébé. En revanche, elle ne conçoit pas le lien à ce bébé dans une (proto)intersubjectivité, ce qu'elle ne fera pas jusqu'à la fin de la grossesse. Au troisième entretien, elle commence à pouvoir envisager une issue favorable à la grossesse. Elle a décidé de rompre le principe de ne rien acheter pour l'enfant avant sa naissance et lui a acheté un pyjama et un doudou, ce qui lui a demandé beaucoup d'énergie. Elle est moins centrée sur des préoccupations narcissiques pour se centrer sur le bébé à venir. Elle alterne entre une le sentiment agréable de sentir le bébé bouger et prendre de la place dans leur couple, et celui d'un Alien qui lui renvoie une forte étrangeté, voire un dégoût. Les représentations de son conjoint en tant que père, d'elle en tant que mère et de scènes quotidiennes s'étoffent au fil des rencontres. Elle parle au bébé et lui chante des chansons mais n'imagine pas de lien réciproque. Le sentiment trop angoissant et invasif que lui procurent les mouvements de ce petit garçon, tonique dans son ventre empêchent Mme D d'accéder à une première forme d'intersubjectivité : « *on est lié physiquement mais je pense pas qu'il y ait une relation affective réciproque. Je pense que c'est un têtard et que... et dans un truc un peu ouateux. En revanche, je pense que moi je suis... un peu toute seule à être attachée à lui quoi, à en tout cas à être dans un truc de construction d'attachement* ».

Vivances de honte. Mme D se décrit comme quelqu'un ayant plutôt l'habitude de maîtriser son corps et sa vie. Après l'IMG elle sent qu'elle ne maîtrise rien, elle a peur de mourir, peur que son conjoint meurt « *tout peut se casser la gueule à n'importe quel moment...* ». La fausse-couche réactive très fortement le sentiment d'une perte de contrôle. Elle perd connaissance lors de la biopsie du trophoblaste incarnant ce sentiment de « *se casser la gueule* ». Ce sentiment de perte de maîtrise se maintient au cours de la grossesse. « *Je sens quand même qu'il y a une espèce d'attention braquée sur moi... j'ai l'impression d'être une cocotte-minute, comme si je pouvais exploser... comme si je menaçais*

de... de faire un truc fou encore et inattendu ». Elle dit se sentir comme « une poupée molle » essayant de se « laisser balayer par l'entourage comme une feuille dans l'eau » au lieu d'être « dans un truc actif ou il faut que je maîtrise tout ». Néanmoins, elle convoque de multiples scénarios catastrophes, dans une tentative de se préparer à toute éventualité et de désactiver ses craintes.

Le sentiment d'échec est fortement présent au moment du diagnostic et de l'IMG. Après l'IMG ils essayent de transformer ce vécu d'échec en quelque chose de positif : « J'ai un vrai déficit de fierté quoi. Donc c'est pas la honte mais c'est quand même pas loin. C'est sur le fait que je sentais que j'avais besoin d'avoir l'impression d'être fière de moi, d'être fière d'un truc que je faisais. Que la plupart des mères triment leur enfant avec vachement de fierté "mon fils regarde comment il est beau", et que moi j'étais dans un truc où j'avais l'impression que la vie était devenue insupportable, j'avais envie de faire des beaux trucs, d'être fière de ce que je faisais ». Elle s'en sort également avec l'humour. Néanmoins le sentiment d'échec perdure à la grossesse actuelle, elle a peur d'être une mauvaise mère pour l'enfant à venir du fait de l'antécédent et elle « rase les murs », n'annonce que très peu sa grossesse. L'idée de l'indignité ressort également dans ses rêves : « j'ai rêvé au moins 3-4 fois qu'avec mon compagnon tout explosait, je me retrouvais seule avec l'enfant... vraiment dans un truc de vulnérabilité, paumée dans une espèce de truc miteux à Marseille avec des trous. Il y avait des trous dans les murs et dans le sol », exprimant son sentiment de ne pas être contenante puisque pleine de trous et de ne pas mériter l'amour de son conjoint. Elle pense qu'être une bonne mère sera plus compliqué pour elle que pour une mère qui n'a pas perdu d'enfant, elle se fie sur son entourage et son conjoint pour être attentifs à la possibilité qu'elle aille très mal et qu'elle fasse de mauvais choix pour son enfant. En parallèle à ce vécu d'échec, Mme D retire beaucoup de bénéfices narcissiques à la perte : elle a notamment renouvelé son entourage, s'est fait de nouvelles amies, a arrêté de voir certaines personnes. Elle a également le sentiment d'être plus simple dans ses rapports aux autres, mieux préparée à affronter les épreuves de la vie. Elle se questionne : « Est-ce que c'est pas moi qui ai besoin d'être fière de nous quand même ? D'avoir réussi à gérer ce truc là au mieux, de continuer à avoir des projets tous les deux ? », « Je me dis est-ce que c'est pas moi qui suis tout le temps en train de chercher les entrées par lesquelles je transforme la réalité... en fait je... comme si j'étais reconnaissante de cette enfant d'être d'être venue quand même quoi, comme si ça validait le fait que j'avais eu Léa, j'étais bel et bien sa mère, qu'on avait bel et bien eu cette enfant-là, c'était pas un mirage. Et donc le fait que ça m'ait transformée, que ça ait transformé nos vies etc. c'est comme si bim ! ça validait ce truc-là. Et et en même temps avec l'idée de, j'ai l'impression qu'on est des gens meilleurs en fait ».

Mme D exprime très fortement l'idée d'un dévoilement de l'intimité : « j'ai une forme de malaise parce que je trouve que perdre un enfant, les, comme ça dans ces conditions là c'est un truc hyper intime. Mais vraiment hyper intime. Je trouvais ça, assez, je trouvais ça un peu violent de... que tout à coup ce soit exposé à un entourage professionnel, à un entourage de gens... parfois, j'avais l'impression d'être à poil devant les gens ». Bien qu'elle dénie continuellement la vivance de honte, Mme D la vit fortement : « je sens vachement le... les regards braqués sur moi ». Au troisième entretien, Mme D revient sur la fausse

couche et sur son sentiment d'avoir été exposée violemment au regard de son conjoint. Lors de la première grossesse, à partir de l'annonce du diagnostic, Mme D reste chez elle, ne sort presque plus, et ne communique que par texto. Lors de notre première rencontre elle dit n'avoir pas encore complètement renoué avec son entourage. Mme D sent que les gens de son entourage sont mal à l'aise avec elle mais à la fois fascinés qu'elle ait pu vivre une expérience « *des plus dures qui soit* » ce qui la met elle-même mal à l'aise. Elle se sent en décalage « *par rapport aux autres, tous les jeunes parents, je sentais que je les glaçais. Que toutes les femmes enceintes me regardaient genre "putain merde !". Il y avait pleins de gens qui savaient pas comment m'approcher, je sentais leur malaise. Et puis il y a même des gens que je connaissais bien quoi, qui étaient proches, même ma mère était devenue complètement bizarre avec moi* ». Réussissant à se servir de l'humour, Mme D parvient à détendre la situation au travail : « *J'ai l'impression que ça a crevé un abcès quoi. Et après je sais pas, les gens étaient un peu plus normaux* ». Elle va au groupe de parole de mères endeuillées et se sent affiliée à quelques-unes qu'elle voit en dehors des temps de groupe. Elle a été très rassurée d'arriver au centre de diagnostic anténatal : « *je sentais que j'étais pas la première qui passait (...) la prise en charge était vraiment d'un grand secours, de se sentir vachement moins seule* ». Elle explique aussi qu'elle pensait être différente des autres personnes enceintes, avoir moins d'attachement pour l'enfant mais elle se rend compte en parlant avec une amie que ce n'est pas le cas, qu'elle est en revanche « *moins légère* », elle a plus de craintes. Elle se sent différente de ses amies, « *plus expérimentée, en tout cas d'avoir expérimenté un truc un peu limite quoi, un peu... qui fait que ben voilà, pour moi c'est différent, ça peut pas... je me sens pas seule pour autant quoi, mais... mais c'est vrai qu'on vit pas du tout les mêmes trucs* ». Elle ne veut pas suivre de cours de préparation à l'accouchement, se sentant trop en décalage par rapport aux autres. Tout cela se maintient au troisième entretien, elle raconte également de nouveau l'hospitalisation au moment de l'IMG. Elle peut alors exprimer pour la première fois s'être sentie seule et non prise en compte par les professionnels parce que les femmes qui allaient accoucher d'un bébé vivant passaient en priorité, ce qui était difficile à vivre pour elle.

Vivances de culpabilité. Décider d'interrompre la grossesse est un choix qui la place en position de mère. Elle se sent responsable de ce choix et ce sentiment l'aide à vivre la perte de son enfant de façon moins traumatique. Elle dit que l'élaboration du deuil ne se négocie pas de la même façon pour les femmes qui ont eu une MFIU : « *le fait d'être responsable de l'enfant, de de de décider qu'on arrête le cœur quoi euh... fait que... il y a peut-être moins de colère (...)* Même si ça fait mal aux dents il y a un truc qui je pense est plus acceptable... parce que vous avez agi, juste sur la... sur la la destinée de cet enfant là ». Pour elle, la décision d'IMG protège du sentiment de culpabilité qu'elle peut ressentir par ailleurs : « *vu qu'il y a toujours un truc de culpabilité même s'il y a des choses qui vous encombrent, vous avez fait le meilleur choix possible. Il y a un moment on on vous a donné la possibilité de faire le meilleur choix possible. Et du coup ça vous fout dans un rôle de parent, et ça vous fout dans un truc de : comment je prends le mieux soin de mon enfant, qu'est-ce que je fais de mieux pour lui* ». Dans un retournement, elle transforme la décision « *hyper dure à prendre* » en une source de fierté de ne pas avoir

imposé cette vie à son enfant. Au second entretien elle se demande tout de même si elle ne ressent pas de la culpabilité qu'elle « *enjolive* » en se racontant que cette décision la fait se sentir mère. Au troisième entretien elle peut nommer à demi-mot cette culpabilité et sa souffrance lors du fœticide.

Mme D a beaucoup de fantasmes autour de la maladie de cet enfant. Le lieu où il a été conçu, le fait d'avoir emménagé dans un deux pièces plutôt qu'un trois pièces. Elle exprime le sens que cette culpabilité peut prendre à la fois dans la subjectivation de la perte mais aussi dans son inscription générationnelle : « *je sens de la culpabilité mais . . . , c'est vraiment, le fait d'avoir accueilli cette maladie là, et puis parce que j'ai toujours un doute de est-ce que, au delà du physique, des gènes . . . sur le fait que je suis intimement convaincue que les maladies font sens. Et j'ai toujours un doute de me dire, est-ce que j'ai pas un gros soucis,. Est-ce que le fait que mon mon père ait perdu sa mère en couche . . . après l'accouchement j'avais un truc complètement mystique, je me disais en fait c'est ma grand-mère morte en couche qui a jamais eu cet enfant. Donc elle résout un truc, elle me prend mon enfant. Et après évidemment je me dis "n'importe quoi!"* ». Par ailleurs, l'enfant est atteint d'une maladie génétique dont ils pourraient être porteurs, elle se sent donc longtemps coupable de la lui avoir transmis. Au troisième entretien la culpabilité de la maladie est énoncée en rapport avec la relation de couple, comme si à deux, avec son conjoint, ils ne parvenaient pas à faire des enfants viables. Cela semble atténuer la culpabilité qu'elle ressentait jusqu'alors, en prolongeant la culpabilité des fantasmes œdipiens déjà apparus autours des questionnements de lignée paternelle. Au second entretien, la culpabilité d'avoir à tourner la page est exprimée de façon latente par Mme D. Au dernier entretien, bien qu'elle dise ne pas ressentir de culpabilité vis-à-vis de Léa « *parce que c'est inconditionnel* », elle exprime : « *je sais que Léa n'existe pas que, que, et je me dis fou toi la paix, t'as le droit d'être triste et (gorge nouée, larme montent) et t'as le droit de faire de la place pour cet enfant là* ».

Mme D exprime fortement la culpabilité vis-à-vis de l'enfant de la grossesse actuelle, à penser à la mort, à être triste, mais aussi sa culpabilité à ne pas diminuer son rythme de travail. Elle est très inquiète sur les conséquences que pourraient avoir sur le développement psychique de son enfant les antécédents qu'elle a vécu.

En conclusion, les **représentations du bébé mort** évoluent au fil de la grossesse. Mme D oscille entre un investissement objectal et un investissement narcissique de cet enfant. S'ancrant plus dans la réalité au fil du temps, les représentations de l'enfant mort restent cependant tout au long de la grossesse actuelle une idée, un concept qui l'habite. Le manque diminue et c'est une présence plus intériorisée qui survit. Néanmoins, ce mouvement ne nous semble pas aller dans le sens d'une élaboration du versant objectal du deuil, mais d'une impossibilité de Mme D à y avoir accès. Il semble s'agir plus d'un mouvement d'incorporation que d'introjection.

Il y a une évolution des **représentations du bébé actuel** et des fantaisies, elles sont plus étoffées au fil de la grossesse. Néanmoins, l'angoisse et l'importance de la place du bébé mort dans la psyché maternelle sont jusqu'au bout un frein à un investissement objectal de l'enfant à venir. Par ailleurs, le rapport à son corps entraîne une difficulté importante à ressentir le bébé, « *un Alien* » bouger en elle. Il n'est pas pensé dans une

(proto)intersubjectivité, ni considéré comme complètement humain par Mme D. Bien qu'elle puisse mettre en place un certain nombre de processus psychiques adaptatifs, comme l'humour ou la sublimation, Mme D traverse des **vivances de honte** importantes qu'elle dénie en permanence mais qui sont bien présentes et qui ne s'atténuent pas au fil de la grossesse, à l'exception du sentiment d'échec qui diminue un peu en fin de grossesse. **La culpabilité** d'avoir interrompue la grossesse est énoncée sous forme d'un sentiment de responsabilité, qui lui a permis de prendre une part active et de sentir moins démunie, selon elle, que les femmes qui vivent une mort fœtale *in utero*. Au fil des entretiens elle pourra nommer cette culpabilité en tant que telle. La culpabilité concernant la maladie du bébé a beaucoup accompagné Mme D, dans un mouvement important de subjectivation, de tentative de mettre du sens. Elle se poursuit à la grossesse suivante, et diminue à mesure qu'elle peut envisager que son enfant naisse vivant. Elle ressent en revanche beaucoup de culpabilité à l'égard de ce dernier qui ne diminue pas au fil de la grossesse et qui semble particulièrement envahissante. Nous nous demandons si cette culpabilité n'est pas un frein, plutôt qu'une aide, à l'investissement objectal de l'enfant à naître.

Mme G



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme G est âgée de 37 ans, elle est en couple depuis 12 ans. Son conjoint a 35 ans. Elle a un frère plus jeune, leurs parents sont séparés depuis son enfance. Chacun est remarié depuis plus de 20 ans. Elle a vécu avec sa mère et son beau-père. La première grossesse est désirée de façon légèrement ambivalente : « *on ne s'était jamais dit qu'on ne voulait pas, et bon avec l'âge on s'est dit que c'était le moment* ». Néanmoins, la grossesse mettant quelques mois à arriver leur désir de parentalité s'affirme. Très tôt dans la grossesse une anomalie est constatée dans le cerveau, cependant les médecins sont rassurants et après quelques semaines les kystes ont disparu. À l'échographie du septième mois on leur annonce des dommages graves et irréversibles au cerveau. Malgré les inquiétudes du début elle dit avoir été très surprise de cette annonce, ne s'y attendant pas du tout, sentiment d'une « *grande violence* » parce qu'ils étaient sereins. Traumatisme cependant élaborable puisqu'il n'appelle pas aujourd'hui d'angoisses de répétition. L'IMG a lieu à 28 SA. Elle décide de voir l'enfant qu'elle prénomme Caroline, et l'inscrit sur le livret de famille. Ils se rendent à la cérémonie du Père Lachaise. Cette grossesse interrompue active plus fortement son désir d'enfant. Elle attend le rendez-vous post IMG pour arrêter la contraception, et tombe finalement enceinte un an après L'IMG. Elle est alors très focalisée sur la petite fille perdue et ne se rend compte de la grossesse qu'à 9 SA.

Impressions cliniques. Mme G a du mal à évoquer ses ressentis et a souvent recours à ce que les autres sont ou sentent quand nous lui posons une question sur elle. Elle a un rapport très fusionnel avec son conjoint. Envisager un troisième qui viendrait s'immiscer dans ce couple ne me paraît pas évident et je me demande alors quelle place lui sera accordée : « *on a .. un très très bel équilibre tous les deux et que que quelque part on se challenge dans notre couple ... voilà et que la venue d'une... de de dans cette équilibre la venue d'un bébé, d'un enfant dont on doute absolument que... que qu'on l'aimera et qu'on regrettera jamais de faire un enfant. Par contre je suis convaincue aussi qu'on a bien fait de le faire que maintenant et de s'être donné le temps aussi de... oui c'est une vraie conviction aussi d'avoir pris euh... d'avoir eu 12 ans de vie à partager aussi tous les deux* ». Mme G ne peut par exemple pas s'autoriser à sentir son bébé bouger dans son ventre avant que son conjoint ne le puisse aussi. Il est présent à chaque examen, même une prise de sang. Il a pour habitude de se coller à elle pour ressentir dans son corps les mouvements du bébé. Participer à cette recherche est la première chose concernant la grossesse qu'elle fait sans lui. Elle attribue à son conjoint des caractéristiques maternelles (patience, tendresse), qu'elle souhaite pouvoir intégrer en elle. Elle, à l'inverse, donne à voir d'elle-même des aspects assez masculins et a du mal à se projeter dans une fonction maternante. Par exemple, elle a du mal à s'imaginer produire du lait, fonction corporelle féminine est difficile à appréhender pour elle. Elle dit d'ailleurs avoir le caractère « *nerveux* » de son père. Je note aussi un décalage entre ce qu'elle exprime de leur vécu commun et ce qu'elle peut exprimer lorsqu'elle parvient à aborder ses vécus propres. Je me demande dans quelle mesure Mme G s'autorise à témoigner de son expérience propre en l'absence de son conjoint. Mme G parle beaucoup. Sur un plan contre-transférentiel, au premier entretien, beaucoup plus long que la moyenne, je m'ennui. Mais à mesure que la grossesse avance, je la trouve plus authentique dans ses propos, moins défensive et une identification

psychique est possible, la durée des entretiens revient alors à la moyenne.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Lorsque la première grossesse commence, Mme G se sent très bien enceinte, « *en forme* », mais n'a pas d'emblée des images du bébé ou d'elle comme mère, « *on avançait avec elle, on a grandi avec elle* ». Elle ne l'imagine pas avant le diagnostic qui la précipite dans des projections terrifiantes : « *moi dans ma tête l'image que j'ai eu c'est une petite fille dans un fauteuil la tête qui tient pas.. qui bave, qui parle pas qui... a aucune... activité. Ce qui nous a été confirmé plus tard... par la généticienne. Qui qui a ajouté que... qu'elle aurait eu une durée de vie... d'un peu plus d'un an* ». Après le diagnostic la sentir bouger est très compliqué pour elle. Elle touche beaucoup moins son ventre. Ils ne lui parlent pas, ne lui expliquent pas « *on avait pas besoin* », ce qui met en avant le vécu narcissique du deuil, le fœtus/bébé ne pouvant pas alors être pensé en tant qu'être humain pouvant avoir des besoins psychiques propres. Elle dit ne pas avoir eu le temps de se sentir mère de ce bébé. La rencontre est un moment important « *pleinement partagé, pleinement à elle... nous offrant pleinement l'occasion de la reconnaître. C'était doux quoi comme rencontre, c'était doux. Elle était toute petite... Je me rappelle on l'a pas pris dans nos bras c'est... c'est la sage-femme qui l'a gardé. Elle nous l'a proposé j'ai pas spécialement souhaité l'avoir sur moi ni Tom. Mais par contre on l'a touché, je l'ai caressé un petit peu. J'ai eu besoin de la voir aussi je l'ai découverte pour voir son corps. J'ai caressé sa petite main c'était... c'était important (...) j'ai pas... du tout été choquée ou quoi par... de... de son aspect prématuré... voilà j'ai pas fait de projection ni cherché de ressemblances* ». Ils décident de l'inscrire sur leur livret de famille, dans un mouvement de nécessité de reconnaissance sociale de leur parentalité. Au second entretien, quand elle pense au bébé mort, elle le fait surtout en comparant les grossesses, ou en se souvenant de moments de vie où elle était enceinte d'elle. Des moments majoritairement joyeux dont elle aime se souvenir dit-elle. Elle n'en n'a pas une représentation en tant que bébé. Il lui arrive d'imaginer une fratrie avec une grande sœur et un petit frère, sans pour autant évoquer à ce moment-là que cette situation n'aurait pas été possible du fait de la proximité des grossesses dans le temps et parce que leur enfant n'aurait pas survécu plus d'un an. Elle ne laisse pas entendre que dans ces images la petite fille est lourdement handicapée. Au troisième entretien, quand elle pense à elle c'est un sentiment de douceur qui émane. Elle imagine dire à son enfant actuel qu'il a eu une « *petite sœur* », montrant que la représentation de Caroline est figée dans le temps. C'est un bébé qui ne grandit pas et qui n'aura jamais été plus âgé que le bébé à venir.

Différenciation. Elle trouve ses grossesses très similaires dans son vécu physique. Lors de la nouvelle grossesse, quand ils annoncent que c'est un garçon, dès la première échographie elle a un sentiment de déjà vu avec l'étrangeté que le sexe ne soit pas le même qu'à la grossesse précédente. Elle différencie cependant bien l'attente du bébé de la grossesse en cours et le deuil du bébé perdu. De la même façon, la perspective de l'accouchement ne réveille pas en elle d'idée particulière de comparaisons, malgré l'unité de lieu elle sait que tout sera différent. Elle sent des différences dans les mouvements entre le bébé mort et le bébé de la grossesse actuelle. En dépassant le terme de l'IMG elle pense moins à la gros-

sesse précédente puisqu'elle ne la compare plus avec l'actuelle. Au dernier entretien, elle marque dans son discours une différenciation entre les deux bébés, entre les deux histoires.

La grossesse actuelle. Elle investit narcissiquement la grossesse actuelle « *je suis pleinement épanoui dans cette nouvelle grossesse-là, dans ce nouveau projet... ensemble* ». Elle se sent très bien enceinte, avec beaucoup d'énergie et apprécie particulièrement l'état de grossesse. Ils font de l'haptonomie, pour que le père puisse ressentir le bébé. Elle a, comme à la grossesse précédente, commencé à sentir le bébé bouger à un stade où le père pouvait lui aussi le sentir, comme s'il existait une barrière contre des sensations corporelles qui pourraient réveiller une pulsionalité trop angoissante si elle n'était pas partagé avec lui. Cela indique également une forme de déni de la présence du bébé vivant en elle. Elle a du mal à se projeter en tant que mère. Elle visualise bien son conjoint comme père, lui attribuant des caractéristiques très maternelles. Elle se représente peu le bébé mais commence à préparer son arrivée. Au second entretien elle le sent tout le temps ce qui l'oblige à se souvenir qu'elle est enceinte, ce qu'elle oublierait sinon dit-elle. Elle « *aime bien* » sentir le bébé bouger mais à la fois cela éveille en elle des sentiment d'étrangeté, de « *science-fiction* ». Au troisième entretien, elle se sent en lien avec le bébé, dans une complicité : « *je sens assez facilement que quand je suis crispée il est crispé enfin... alors c'est plus le ventre qui est crispé mais du coup sa posture aussi change. Dès que je me détend, ça détend le ventre et.. et je l'imagine tout de suite mieux en terme de.. enfin dans mon ventre. (...)* y a ce côté complicité et lien de détente (...)*évidemment je maîtrise pas ses mouvements non plus donc il va être très réceptif tout de suite si je pose une main (...)* c'est marrant parce que dès que Raphaël est là, dans le week-end il parlait, et d'un coup mon ventre se déforme et (rit). Mais il suffit que je pose une main à gauche et il se remet bien aussi. (...) Il y a ce côté où on sent bien qu'il y a un petit être autonome et indépendant qui évolue en soi et voilà il fait sa vie donc ... ça connecte bien ça va ». Elle a rêvé du bébé, et trouve qu'il ressemble dans son rêve à un cousin du côté paternel qu'elle aimait beaucoup et qui est mort il y a quelques années, qui n'était pas très beau physiquement, et à son frère qui lui « *est plutôt beau gosse* ». Elle ne parvient pas à comprendre quel est le lien entre ce cousin mort et son bébé. Il nous faudrait aller plus loin dans l'association libre avec elle pour interpréter ce rêve. Selon nous, le rêve fait allusion au bébé mort, mais aussi au père, rêve œdipien de faire un bébé avec le père ou des substituts puisque ce cousin était plus âgé qu'elle et était « *très côté paternel* ». À la troisième échographie ils décèlent un léger problème dans l'urètre qui n'inquiète pas le médecin mais qui nécessitera peut-être une intervention. Mme G le cite mais dit ne pas être du tout inquiète du moment que le médecin ne l'est pas. Ce qui me semble surprenant, d'une part du fait de l'antécédent d'IMG et d'autre part car contre-transférentiellement alors qu'elle le dit avec une grande désinvolture je me sens préoccupée. J'ai alors le sentiment d'être prise par les identifications projectives de Mme G, je ressens à sa place ce qu'elle ne peut pas sentir elle-même.

Vivance de honte. Si elle a pu se sentir honteuse lors de l'IMG, Mme G exprime peu de vivances de honte au cours de la grossesse actuelle. Le sentiment de perte de contrôle n'apparaît pas vraiment car elle se décrit comme une personne n'ayant pas l'habitude de

planifier à l'avance ou de maîtriser ce qui se passe pour elle. J'ai parfois le sentiment qu'elle fait beaucoup selon ce que pense son conjoint et a peut-être plus de mal à se positionner elle-même dans ses besoins propres. Au troisième entretien elle raconte avoir traversé une période compliquée, au cours de laquelle elle avait le sentiment de « *se noyer dans un verre d'eau* », « *de ne pas être prêts* », exprimant ainsi une angoisse reliée au manque de contrôle.

Mme G dit ne pas avoir de sentiment d'échec par rapport à l'IMG mais avoir eu le « *sentiment d'injustice de pas... avoir eu ... cette chance là comme un autre* » ce que nous pouvons entendre dans le registre de l'échec. Au dernier entretien, il n'y a pas explicitement de notion d'échec mais elle dit de son entourage « *qu'ils seront aussi heureux qu'on vive quelque chose de beau et d'aboutit après ce qu'on a vécu* ». Elle dit d'emblée avoir retiré beaucoup de positif de l'expérience de l'IMG, notamment concernant le renforcement de son couple. Au dernier entretien Mme G évoque un réel changement par rapport à sa propre personnalité, et non plus uniquement en lien avec son conjoint.

Après l'IMG, Mme G s'isole, elle décrit que pendant un temps cela a été difficile « *d'avoir l'air de quelqu'un qui va avoir un bébé mais qui n'en a pas* », elle portait encore les stigmates d'une grossesse non aboutie qu'elle voulait alors dissimuler en ne s'exposant pas au regard des autres. Après l'IMG ils se replient sur eux et ne veulent plus voir leur entourage : « *ça a bien duré deux mois et demi avant de revoir quelqu'un. Avant ça n'aurait pas été possible ne serait-ce que physiquement* ». Elle trouve après-coup que « *dans la tempête, dans le chagrin peut-être que les gens se sont finalement moins exprimés de peur d'être maladroits en tout cas il y a eu plus de retenu* ». Ils se rendent à la cérémonie du Père-Lachaise, au cours de laquelle elle ne se sent pas à sa place. Alors qu'elle se saisit de toutes les aides proposées suite à l'IMG elle décide de ne pas participer aux groupes de parole car son conjoint ne peut y venir. Si au moment de l'IMG il y a eu un véritable repli sur soi de la part de Mme G, il semble s'être déjà atténué au moment de la nouvelle grossesse. Le sentiment d'inadéquation, d'exclusion du groupe diminue au fil de la grossesse actuelle. Au dernier entretien elle dit qu'elle peut parler avec ses amies qui ont accouché de leur accouchement, car elle aussi sait comment cela se passe ce qui lui permet d'échanger avec elles et de ne pas se sentir exclue de ces discussions. Lorsque je la questionne sur les réactions de son entourage, à l'inverse du premier entretien elle explique « *qu'il y a eu une recrudescence de douceur et de... de tact et de précaution dans notre entourage* ». L'étayage de l'équipe soignante de la maternité les a beaucoup soutenus, notamment car ils ne sentent pas « *un couple lambda* », mais se sentent reconnus et individualisés dans la masse. Elle envisage que personne ne vienne leur rendre visite à la maternité ni les premiers jours à la maison. Entre autre car ils ne savent pas comment ils vont réagir. Ils pensent cependant vite reprendre leur vie sociale « *bien remplie* ».

Vivances de culpabilité. Au premier entretien, Mme G explique que la façon dont la neurologue leur a présenté la pathologie et l'IMG laisse entendre que l'interruption n'est pas une décision à prendre mais une évidence. Néanmoins, cette question est compliquée. Elle nie toute culpabilité et pourtant ce besoin de se dire qu'ils n'ont pas eu d'autre choix que d'arrêter la grossesse, alors que c'est une décision parentale, nous semble être

marqueur d'une culpabilité impensable. « *D'ailleurs moi quand j'en parle je dis qu'elle est née sans vie et euh... et c'est c'est vraiment comme ça que je le vois quoi* », ce qui nie complètement l'injection, l'acte foeticide. Elle utilise deux fois les mots « *interruption malade de grossesse* » à la place de « *médicale* », montrant là que c'est la maladie qui pour elle a interrompu la grossesse et non un acte médical. Il y a là comme une négation de la violence que peut comporter cet acte dans ses représentations et dans celles du corps médical. Elle n'est cependant pas dans le clivage « *je sais parfaitement qu'il y a un médecin qui est venu et qui a piqué dans mon ventre et qui a... et voilà qui a... qui a arrêté son petit cœur quoi, il s'est pas arrêté tout seul. Donc ça je le sais.* ». Ce n'est pas l'acte en lui-même qui entraîne le refoulement de la culpabilité mais le fait de l'avoir décidé. Elle n'évoque pas de culpabilité concernant la cause de la maladie. Au premier entretien Mme G exprime une culpabilité qu'elle a fortement vécu auparavant, et qui, dit-elle, diminue aujourd'hui, celle d'oublier le bébé décédé, son visage. Elle n'exprime pas de culpabilité vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle.

En conclusion, **l'investissement du bébé mort** était d'ordre narcissique au moment de l'IMG et le reste aujourd'hui. L'investissement objectal en était à ses prémices, Mme G sentait beaucoup le bébé bouger mais le vivait plus sur le plan de ses propres sensations que d'un échange (proto)intersubjectif avec le bébé. Les représentations du bébé mort évoluent peu au cours de la grossesse actuelle et restent de l'ordre de l'imaginaire plus que du réel. Si le processus de deuil peut en partie s'élaborer par l'accès à un apaisement des sentiments, son versant objectal n'est pas accessible pour Mme G.

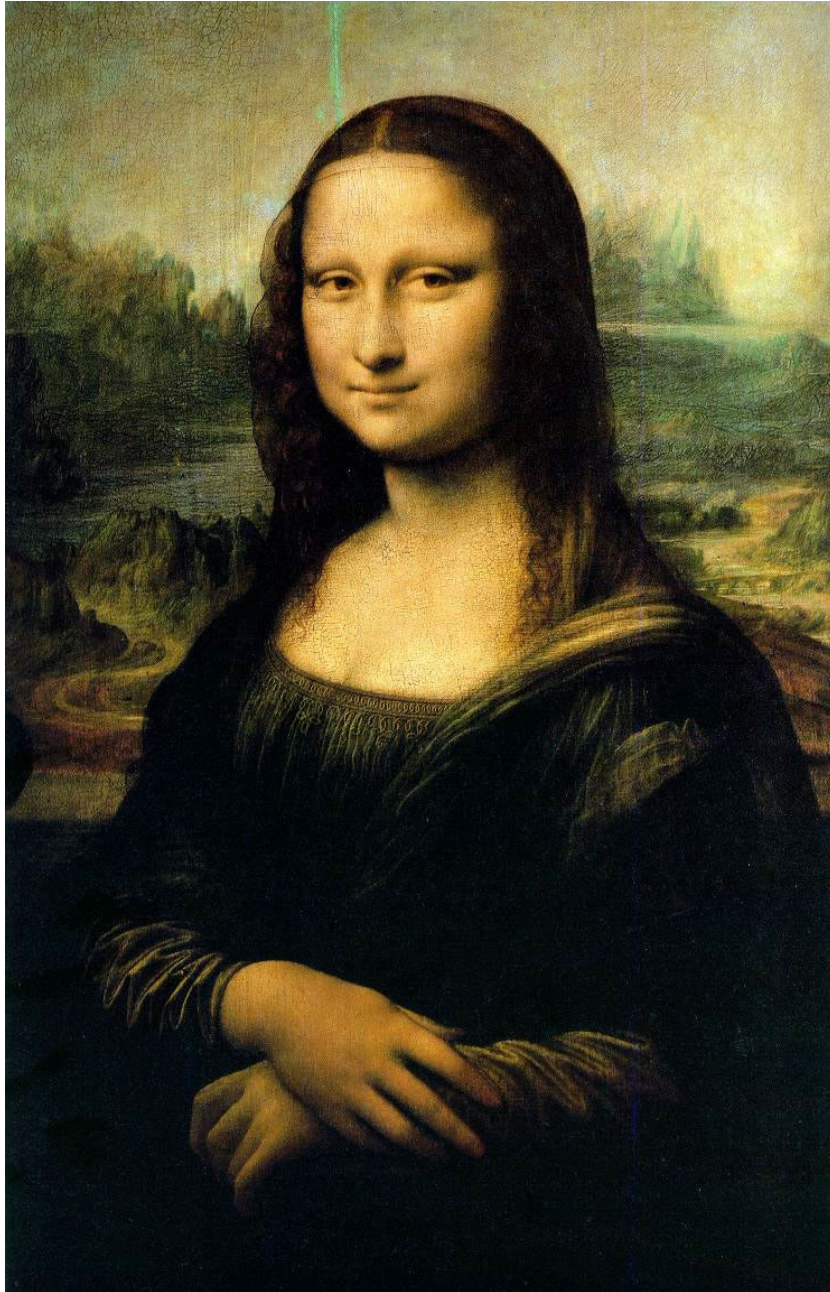
Il y a une différenciation qui se marque entre les deux bébés au fil de la grossesse. La grossesse actuelle est bien investie narcissiquement. En revanche peu de représentations du bébé à venir sont données dans le discours et Mme G a du mal à se projeter comme mère. Cependant, au fil de la grossesse, un lien se noue avec le bébé dans une conscience plus forte d'une différenciation du bébé d'avec elle-même et d'une (proto)intersubjectivité.

On peut entendre chez Mme G des fantasmes inconscients de mort du fœtus/bébé : pour les deux grossesses elle dit ne pas avoir senti les mouvements du bébé tant que son conjoint ne les sentait pas, pour la grossesse actuelle elle met plus de deux mois à se rendre compte qu'elle est enceinte. Quand elle rêve de lui c'est le mot « *poupon* » qu'elle utilise, mot qui indique qu'il est dévitalisé. Elle est persuadée qu'elle ne sentira pas les contractions lors de l'accouchement, contractions qui sont aussi l'action du bébé pour pousser dehors et donc la marque de sa vitalité. Ces éléments nous laissent aussi entendre les difficultés de Mme G à être reliée à ses affects et ses sensations.

Les **vivances de honte** sont présentes chez Mme G mais l'ont surtout été au moment de l'IMG et ont duré plusieurs semaines. Au moment de la nouvelle grossesse ces vivances se sont déjà atténuées et continuent de se modifier au cours de la grossesse avec l'élaboration du versant narcissique de la perte. **Les vivances de culpabilité** sont quasi absentes du discours de Mme G. Néanmoins, la culpabilité reliée à la décision d'interrompre la grossesse semble plus impensable qu'absente. Au contraire, elle nous apparaît comme forte dans ses processus psychiques inconscients, empêchant peut-être toute forme de culpabilité maturative. Contre-transférentiellement, Mme G me fait éprouver par des mécanismes d'identification projective l'idéalisation massive qu'elle ex-

prime vis-à-vis du personnel de la maternité. Dans un premier temps, lors de l'analyse de son discours, je suis prise dans son déni en étant moi-même entravée dans ma possibilité de voir les aspects négatifs de ses processus psychiques. À la lumière de l'analyse de mon contre-transfert, je repère dans le discours de Mme G un nombre important de dénégations pouvant aller jusqu'au déni. L'idéalisation, massive dans le discours, de l'équipe soignante, accompagnée de mouvements agressifs envers moi, qui suis représentante du corps médical mais moins impliquée dans les soins, me laissent entendre une agressivité coupable en creux entraînant des mouvements masochistes (comme par exemple la perspective d'un accouchement sans puéridurale) et ne pouvant pas être élaborée.

Mme J



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme J a 33 ans lorsque je la rencontre. Elle est en couple depuis six ans et son mari a 34 ans. Elle a débuté, il y a deux ans, une première grossesse qui s'est rapidement arrêtée par une fausse couche. Elle le vit si mal qu'elle en arrive presque à prendre la décision de ne plus avoir d'enfants. Le couple décide néanmoins d'essayer de nouveau et une deuxième grossesse démarre. Elle est très contente à l'annonce de cette nouvelle grossesse. La pathologie est diagnostiquée à la seconde échographie et l'IMG a lieu à 26 SA. Elle décide de voir le bébé, de le prénommer, Rémy, et de l'inscrire sur le livret de famille. Voir son bébé a été un moment très important pour elle, elle a pu y reconnaître les traits de son mari, et ainsi l'inscrire dans la lignée familiale. Ceci lui permet de le reconnaître comme son enfant et de se sentir mère. Elle a d'emblée envie d'avoir un autre enfant, de pouvoir s'occuper d'un bébé. Elle calcule alors de façon quasi obsessionnelle ses cycles afin de pouvoir être enceinte plus rapidement. La grossesse actuelle démarre au bout de 6 mois, ce qui lui paraît extrêmement long. Elle ne souhaite pas connaître le sexe du bébé avant l'accouchement.

Impressions cliniques. Lors du premier entretien, j'ai du mal à la suivre, je me perds dans son discours et trouve qu'elle sourit souvent sans que je ne comprenne pourquoi. Au second entretien elle m'explique qu'elle est « de nature » souriante et ajoute qu'elle doit toujours garder ce masque devant sa famille. Cela me permet de donner un sens à ma confusion et de comprendre ses sourires. Cet entretien et le suivant sont alors plus faciles à mener. Elle montre une capacité à élaborer ses affects, sauf ceux qui se trouvent dans le registre de l'agressivité, sentiments dont elle se défend énormément. Au troisième entretien je la trouve moins lisse qu'aux précédents, se sentant peut-être plus en sécurité, avec moi et dans le déroulement de sa grossesse, elle s'autorise à exprimer ses angoisses et ambivalences. Elle m'explique qu'à chaque échographie son angoisse est massive, l'amenant à sérieusement douter de sa capacité à revivre une nouvelle grossesse à l'avenir. Le deuxième et troisième entretien se déroulent par Skype car elle habite loin et préfère ne pas se déplacer du fait de récents malaises dans les transports. Lors de ces entretiens elle se trouve seule chez elle. Je décide également d'être à mon domicile pour ne pas avoir de problème de connexion internet. Je prends la précaution de choisir un angle de vue neutre, de façon à ce qu'elle ne puisse pas voir ce qu'il y a derrière. La mise en place de ce dispositif est facilité par le fait que Mme J a l'habitude de travailler par Skype.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Lors de la grossesse précédente, avant le diagnostic Mme J parle au bébé et touche son ventre mais décide, par superstition, de ne pas acheter d'affaires pour le bébé trop tôt. Elle ne l'imagine pas physiquement avant le diagnostic, en revanche, elle lui attribue des caractéristiques psychiques. Cette rêverie partielle du fœtus/bébé lui permettant de se défendre d'une rêverie globale faisant apparaître un bébé tandis qu'elle a déjà vécu une fausse couche. Quand elle apprend la pathologie elle continue de lui parler et de toucher son ventre. Elle lui explique ce qu'ils vont faire, ce qui va se passer pour lui. Elle prend la décision de le voir, moment très important pour elle et son mari. Ils reconnaissent l'enfant par sa ressemblance au père. Lorsqu'elle m'en fait le récit, elle est prise dans un mouvement d'idéalisation, le trouvant « *trop beau* » et

l'appelant « *mon bébé* ». Elle l'inscrit dans le schéma familial (« *pour ma nièce c'était son cousin* »). Cependant, il apparaît un décalage entre ses représentations et ses actes dans la réalité. Le bébé mort semble les inquiète, au point de ne pas oser le toucher. Ils n'avaient pas non plus eu l'idée de lui apporter un body pour l'habiller. Tandis que dans leur religion l'incinération n'est pas préconisée elle dit ne pas pouvoir envisager d'enterrer ce bébé. Après l'IMG elle imagine son enfant en se disant ce qu'il aurait pu faire à tel ou tel âge. Mais au décours des entretiens avec la pédopsychiatre qui la suit, elle réalise que son enfant aurait été polyhandicapé, elle cesse alors de l'imaginer et ne garde que l'image de la photo qu'elle a dans son téléphone. Elle ressent un manque important, mais qui est un manque d'ordre narcissique : « *... j'ai toujours l'impression qu'il me manque quelque chose, qu'il manque euh... je sais pas si on pourrait dire un bras quelque chose.. voilà il me manque.. il me manque mon fils, mon fils me manque (...)* c'est bizarre en fait c'est comme s'il me manquait *... je sais pas un... une partie de moi en fait, une petite partie de moi* ». Si la (proto)intersubjectivité était bien là pour Mme J et son bébé, ce qu'elle met en place dans la réalité laisse entrevoir que les représentations du bébé n'étaient pas celles d'un autre différencié, objet externe.

Différenciation. À un mois près les dates des deux grossesses coïncident, ce qui semble d'emblée marquer la difficulté inconsciente à les différencier. Pendant la grossesse actuelle, elle appréhende beaucoup la seconde échographie, celle qui a permis de voir la pathologie du bébé lors de la grossesse ayant donné lieu à l'IMG. Lors du deuxième entretien elle m'explique qu'une fois le terme dépassé elle a eu un déclic, et elle peut alors avoir un vécu positif de la nouveauté de ses sensations. Les mouvements fœtaux du bébé actuel lui rappellent ceux de Rémy mais d'une façon qui semble bien différenciée. Au dernier entretien, le sentiment de différenciation est moins marqué. Mme J raconte que chaque échographie est un moment très angoissant, car elle revit à chaque fois le traumatisme causé par l'annonce du diagnostic. Elle imagine qu'elle voudra tout le temps avoir son bébé dans les bras, et associe ce désir au manque qu'elle a ressenti avec Rémy. Une différenciation s'opère mais des éléments d'indifférenciation ou plutôt de confusion, persistent.

La grossesse actuelle. Au premier entretien, chez Mme J, Les projections dans le futur sont présentes, Mme J accorde une place au bébé actuel. En revanche, elle n'en n'a pas de représentations. Elle ne souhaite pas connaître le sexe, empêchant ainsi en partie ses fantaisies. Il y a de sa part une forte conscience d'une (proto)intersubjectivité naissante. Elle l'a senti bouger très tôt, elle lui parle beaucoup et touche son ventre « *j'ai besoin de me rassurer, de le rassurer* ». Au second entretien elle dit avoir trouvé des ressemblances avec son conjoint aux échographies et imagine aussi le caractère du bébé, parfois comme le sien, parfois comme celui de son conjoint. Ils ont choisi le prénom et ont commencé à acheter le matériel de puériculture. Au troisième entretien, elle a toujours des représentations de son enfant et se projette de plus en plus dans des scènes d'avenir. L'enfant est bien différencié d'elle-même. Elle a conscience d'avoir un être différent en elle avec des besoins propres auxquelles elle doit se plier, non sans difficulté : « *J'ai l'impression que mon corps est dédié pour mon bébé. Toutes mes envies ne peuvent pas être concrétisées. Pendant 9 mois je me dis : "voilà c'est pour toi et.. fais ce que tu veux!" (rit) Et ... oui en même temps c'est normal parce qu'il est là, c'est nous qui devons lui apporter toutes*

les choses dont il a besoin mais en même temps c'est pas évident ». Elle est angoissée s'il ne bouge pas et rassurée quand il bouge et continue de prendre les mouvements du bébé comme un appui à la communication et la relation avec lui. Les ressentis sont cependant aussi emprunts d'une certaine étrangeté « *c'est un peu étrange des fois, je me dis 'oulala qu'est-ce qu'il fait ?', il bouge dans tous les sens on dirait qu'il a quarante bras, quarante mains ! (rit) mais bon c'est toujours agréable quoi* ».

Vivances de honte. Lorsqu'à l'entretien post-IMG on leur annonce qu'il n'y a pas de transmission génétique, elle a beaucoup de mal à l'accepter. Au lieu d'en être soulagée et rassurée, c'est un sentiment de souffrance qu'elle exprime. Le fait que l'origine de la pathologie ne soit pas déterminée l'inquiète, qu'il n'y ait pas de cause génétique introduit l'idée de quelque chose qui viendrait de nulle part et de partout à la fois, incontrôlable et effrayant « *pourquoi nous ? pourquoi nous ?* » répète-t-elle, renvoyant l'idée d'une vivance inconsciente de culpabilité qui n'aurait pas pu alors trouver de support dans la réalité sur lequel s'appuyer. Au cours de la grossesse actuelle, de nombreux symptômes somatiques, notamment des malaises, viennent mettre en corps le vécu de perte de contrôle. Mme J les interprète comme la conséquence de sa peur extrême de perdre la maîtrise de son corps : « *mon corps ne suivait plus* ». Alors que Mme J se décrit comme une personne ayant l'habitude de contrôler son corps, la grossesse lui fait perdre ce sentiment de maîtrise, ce qu'elle a du mal à vivre : « *mon corps en général je le contrôle bien, j'aime bien faire du sport, et le fait d'avoir un enfant du coup moi je perds tous ces repères. C'est plus mon corps* ». Elle fait de nombreux rêves angoissants au cours desquelles elle arrive à la maternité sans avoir rien préparé.

De son histoire, nous savons que Mme J est l'aînée de la fratrie. Elle note avoir mis longtemps avant de vouloir un enfant et permettre ainsi à ses parents de devenir grands-parents. Elle a le sentiment que sa propre mère aurait vécu avec d'autant plus de déception la perte de Rémy. Lorsque nous lui demandons si elle a vécu cette perte comme un échec elle associe l'échec à une faute et nie sa responsabilité. Par ailleurs, elle dit que ce n'est pas un échec car l'enfant « *était beau* ». Elle met aussi en avant le fait d'avoir réussi à avancer, à ne pas rester terrée et donc l'assimile à une réussite plutôt qu'à un échec. Elle trouve des bénéfices narcissiques dans la perte de son bébé. Elle prend conscience de l'amour des autres, a le sentiment que son couple est sorti plus fort de cette épreuve, et se trouve elle-même plus forte. Elle dit avoir souvent des rêveries de situations idéalisées. Comme par exemple que le bébé qu'elle porte actuellement va dormir paisiblement sur elle, rêveries fréquentes qui l'emplissent de bonheur car se serait dit-elle le signe qu'elle est une bonne mère. Ce fantasme vient pointer chez elle la nécessité d'une réparation narcissique. Lors du troisième entretien, elle dit craindre que son enfant ne l'aime pas. Ce fantasme met en avant les aspects de manque de confiance en elle et en ses capacités à être une mère aimée. Cela pourrait aussi être une projection sur le bébé actuel de la crainte qu'elle a de ne pouvoir aimer son bébé comme elle aurait aimé Rémy.

Elle dit parler sans tabou de sa grossesse précédente et incite son entourage à lui en parler. Elle a proposé à ceux qui le souhaitaient de voir la photo du bébé. Elle refuse, par contre, de trop montrer sa souffrance, qu'elle a tendance à cacher en s'isolant pour pleurer : « *je*

suis une personne qui est très souriante donc il fallait pas ... on va dire dégrader cette image, il fallait garder cette image de moi souriante, il fallait... essayer de voilà faire bonne figure ».

Mme J et son conjoint sont très proches de leurs familles respectives et ont pu partager leur souffrance avec eux. Au moment de l'IMG ils se sont sentis très contenus et soutenus par la sage-femme et le corps médical. Elle note que leur entourage amical et professionnel a aussi été très présent et contenant. Le retour au travail après l'IMG a tout de même été compliqué pour elle, notamment lorsqu'elle a dû répondre aux questions de ses collègues sur ce qui s'était passé « *je crois qu'on peut pas mettre mal à l'aise une personne pire que ça (...) tout de suite on te regarde avec des grands yeux* ». Bien qu'elle ait le sentiment que seules les personnes ayant vécu la même expérience qu'elle peuvent vraiment la comprendre, elle ne s'offusque pas des remarques extérieures.

Vivance de culpabilité. Lorsqu'elle évoque l'IMG, Mme J se dit certaine du bienfondé de sa décision. Elle se pense incapable d'assumer un enfant avec tant de handicaps et refuse d'infliger cette souffrance à son enfant. Néanmoins, elle décide de consulter un représentant religieux, craignant que sa décision ne soit pas approuvée par Dieu. La culpabilité de la décision est bien présente chez Mme J, mais elle est déplacée sur une instance divine représentée par une personnalité reconnue qui lui permet d'en diminuer l'impact. Elle a attendu avec beaucoup d'anxiété le rendez-vous post-IMG pour que lui soit confirmée la gravité de l'état de son enfant, et la conforter dans la décision qu'elle a prise. Elle raconte un cauchemar qui met en avant des aspects plus inconscient de sa culpabilité. Elle y torture un enfant en l'enfermant et le pinçant méchamment. Elle se dit horrifiée d'imaginer pouvoir avoir ce genre de pensées envers un enfant. Elle ne parvient pas à faire d'associations libre sur ce rêve dans le cadre de l'entretien. Ce rêve pourrait dire l'agressivité dont elle sent avoir pu être l'auteur. Lorsqu'on lui annonce le diagnostic Mme J se sent coupable, se demande ce qu'elle a mal fait, ce qui a pu provoquer ce syndrome. La culpabilité semble pouvoir avoir là une fonction de subjectivation ce qui entraîne la difficulté à recevoir la nouvelle qu'elle n'y est en fait pour rien lors de l'entretien post-img. Quand Mme J apprend que tout va bien pour le nouveau bébé, elle dit avoir le sentiment d'une page qui se tourne, mais elle ne comprend pas pourquoi elle ne parvient pas à s'en réjouir. Il nous semble que c'est justement de devoir tourner cette page qui est compliqué, laisser leur bébé mort derrière. Au dernier entretien elle exprime fortement sa peur « *qu'on* » oublie Rémy, qu'il soit « *aux oubliettes* », ce qui confirme notre sentiment d'une difficulté de Mme J à élaborer le deuil de Rémy. Lors du dernier entretien elle parle de son sentiment de faire sentir au bébé actuel sa peine et ses angoisses. Ceci ne s'accompagne pas explicitement de culpabilité, mais ce sentiment ressort du sens qu'elle donne aux mouvements fœtaux : « *il bouge pour me rassurer (...) il est à attentif et à l'écoute* ». Penser le bébé à venir comme rassurant pour elle m'évoque une défense à sa crainte de ne pouvoir l'aimer et l'investir.

<p>En conclusion, l'investissement du bébé mort oscille entre investissement narcissique et objectal. S'il capture l'enfant imaginaire pendant un temps, Mme J en fige les représentations lorsqu'elle prend conscience que le bébé n'aurait pas été comme elle l'imagine. Elle le voit alors comme sur la photo qu'elle en garde. Cela n'évolue pas au fil de la gros-</p>
--

sesse actuelle. Les affects en revanche évoluent, elle pense à lui avec moins de tristesse au fil du temps, « *pour garder le souvenir* ». Le souvenir de Rémy se fige comme une représentation idéale difficile à laisser partir.

Le bébé de la grossesse actuelle est rapidement investi. Les représentations et rêveries augmentent au fil de la grossesse ainsi qu'une forte conscience d'une intersubjectivité naissante. Elle sent qu'elle peut communiquer avec le bébé. Néanmoins, le discours latent laisse apparaître les craintes de Mme J de ne pas pouvoir aimer et investir l'enfant à venir pour lui-même.

Mme J exprime peu de **vivances de honte**, notamment dans ses aspects objectaux, en revanche, l'angoisse de perte de contrôle est très forte tout au long de la grossesse. Si le fantasme de **culpabilité** de la maladie l'accompagne pendant un temps il ne persiste pas. La culpabilité de la décision ou envers le bébé décédé s'atténue et n'est jamais explicitement nommée mais est présente de façon inconsciente. Il n'y a pas de culpabilité énoncée vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle. La honte et la culpabilité se mêlent dans son discours : chaque fois que la question de l'échec est interrogée elle répond sur le plan de la faute.

Mme M



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme M, âgée de 33 ans, est en couple depuis 15 ans. Son mari est âgé de 40 ans. Ils ont deux enfants, Théo, 7 ans et Tom, 5 ans. Le couple désire un troisième enfant. Madame fait une fausse couche précoce qu'elle vit comme un événement traumatique entraînant une forte angoisse. Elle est encore dans la sidération lorsqu'elle tombe de nouveau enceinte deux mois après d'une petite fille. Elle est contente mais se demande si cette grossesse n'est pas un peu prématurée compte tenu de l'expérience qu'elle vient de traverser. À 10 SA son gynécologue trouve une clarté nucale épaisse et lui indique d'emblée la procédure d'IMG. La clarté nucale épaisse est confirmée à 12 SA à l'hôpital mais les médecins de la maternité lui disent alors qu'interrompre la grossesse est un choix et non une obligation. La décision s'avère très difficile, car le bébé à ce stade de la grossesse va bien et la décision doit se baser sur des statistiques « *c'est un choix presque éthique et philosophique* ». L'interruption a lieu à 18 SA. Elle ne voit pas l'enfant, elle note que l'avoir accouché, (« *sentit passé* ») était suffisant pour qu'elle le reconnaisse comme son enfant. Le couple décide de la prénommer Justine, de la déclarer sur leur livret de famille et récupère ses empreintes qu'ils mettent dans l'album de famille. Elle raconte que son fils aîné ouvre un jour l'album, et voyant les empreintes demande : « *c'est qui ce bébé qui a laissé des traces ?* ». Elle lui explique que ce sont celles de sa petite sœur. « *Elle a tout à fait sa place dans la famille mes petits garçons sont au courant donc il n'y a pas du tout de tabou en fait par rapport à ça* ». Bien qu'elle sache d'emblée, dès le diagnostic posé, qu'elle souhaitera démarrer une nouvelle grossesse, elle décide d'attendre le rendez-vous post-IMG. Elle tombe finalement enceinte quelques jours après la date théorique de l'accouchement. L'enfant est un garçon. Pour son mari elle pense que c'est difficile que ce soit encore un garçon, pour elle c'est plutôt un élément de réassurance : elle a déjà été capable de faire deux beaux garçons, elle pourra en faire un troisième. Au cours des grossesses, les représentations qu'elle a du bébé qu'elle porte sont celles d'un petit marionnettiste à l'intérieur de son ventre, son corps à elle étant la marionnette (Sa fille par exemple l'a « *fait manger* » beaucoup de pommes, tandis que le bébé actuel « *joue* » avec sa vessie l'obligeant à courir aux toilettes).

Mme M est l'aînée d'une fratrie de trois et a six ans d'écart avec son frère cadet. Elle note qu'elle a très tôt été placée en situation de responsabilité par ses parents à l'égard de ses frères. Elle se décrit comme une personne perfectionniste, ne supportant pas de laisser des choses au hasard ou non abouties. Lors de ses études, tandis qu'elle avait beaucoup travaillé pour avoir sa maîtrise, elle n'obtient qu'une mention « assez-bien ». Cet événement déclenche un véritable épisode dépressif, elle dort continuellement, n'arrive plus à gérer sa vie. Elle consulte un médecin qui lui prescrit des antidépresseurs et elle se promet de ne plus jamais traverser de période comme celle-ci. Lorsqu'elle sent qu'elle est en train de vivre un épisode similaire au moment de l'IMG elle s'en défend très vite par une fuite en avant, par une tentative de reprise de contrôle sur elle-même. Elle craint que les défenses mises en place ne tiennent pas lors du prochain accouchement. Elle raconte également la naissance de son deuxième enfant « *le travail qui a été très très rapide mais j'étais complètement paniquée parce que pour le coup comme sensation... de ne rien maîtriser du tout enfin c'était même pas une sensation c'est que je ne maîtrisais rien du tout (...)* j'ai complètement éclaté en sanglots et j'avais une envie irrésistible d'aller à la selle et en fait

je comprenais pas que c'était Arthur qui sortait ... Puis alors le pire c'est qu'il sortait tout seul et on me disait « mais ne poussez pas » ... c'était un réflexe ça... ça, c'était terrible aussi de me demander de ne pas pousser alors que... Et après j'ai fait une petite hémorragie de la délivrance est là ce qui était terrible c'est que j'étais complètement stone alors je sais pas c'était la péridurale ou la perte de sang mais j'avais qu'une envie c'est qu'on me foute la paix et on est venu me masser le ventre enfin masser, la sage-femme qui prend appui et c'est le médecin qui vient qui enfile les gants et qui va vérifier s'il reste un bout de placenta enfin... on a l'impression qu'on est encore à la disposition de tout le monde et je voulais juste qu'on me foute la paix ... (...) puis j'ai été prise de tremblements compulsif et puis j'arrivais pas du tout à me contrôler on me disait « mais laissez-vous aller Madame »... bah oui mais bon c'est très très désagréable on n'a pas du tout envie de se laisser aller donc bon... on verra bien comment ça se passe pour celui-ci de toutes façon faut pas faire des plans sur la comète...». La naissance de son deuxième enfant semble donc avoir laissé pour Mme M des traces traumatiques de par un vécu très fort de passivation, de perte de contrôle, vécu qu'elle ressent comme potentiellement réactivable par l'accouchement à venir.

Impressions cliniques. Mme M accepte de participer à la recherche mais trouve compliqué de venir à Necker, alors que sa grossesse y est suivie. Il nous faut donc trouver des aménagements pour pouvoir l'intégrer. Je lui propose des rendez-vous dans un bureau de mon université qui se trouve plus près de son lieu de travail. Sur un plan contre-transférentiel, lors du premier entretien je suis agacée par le ton de sa voix, je ne parviens pas à sentir d'empathie. Pourtant elle se montre sensible et exprime beaucoup de vécus en pleurant. Lorsque Marie Courtaux retranscrit les entretiens elle trouve au premier entretien sa voix fragile et faible, toujours au bord des larmes. Aux entretiens suivants je parviens à être plus en empathie avec elle. Sa voix devient plus assurée dans les enregistrements. Il y a donc un mouvement de balance presque paradoxal entre le premier entretien au cours duquel cette femme se montre fragile et contre qui je me sens agacée et les suivants où elle est plus affirmée et envers qui j'ai moins de difficulté à être en empathie¹.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Dès le début, Mme M ne se sent pas sereine. Elle met cette inquiétude sur le compte de la fausse couche qui a précédé. Elle n'investit pas tout à fait la grossesse, ayant le sentiment d'avoir une « épée de Damoclès » au-dessus d'elle, ce qui pour autant ne bloque pas les rêveries du bébé imaginaire : « ce n'est pas un petit haricot qu'on va représenter c'est tout de suite quelque part le bébé donc l'imaginaire travaille très vite ». Lors du rendez-vous avec le gynécologue à 10 SA, il lui dit qu'elle porte « un Alien », qu'il est « condamné » ce qui est extrêmement difficile à entendre pour Mme M, elle est très en colère contre lui et changera d'ailleurs de gynécologue. Elle n'a pas encore eu le temps avant le diagnostic, dit-elle, de pouvoir se représenter ce bébé, ni de créer un lien : « je sais pas si j'utiliserais le mot lien il y a quelque chose de très fort qui s'est passé, lien je trouve que c'est trop précoce... c'est quand même à ce stade de 17 ou 18 semaines aménorrhée c'est quand même les prémices on sent que le bébé bouge... après elle a une

1. Nous développerons ce vécu contre-transférentiel dans la discussion, voir Chapitre 8.7

capacité à prendre une place terriblement énorme dans la famille. Elle existe... elle existe, il n'y a pas un jour où je n'y pense pas mais de rien non ». L'annonce du diagnostic ayant mis brutalement un frein à la poursuite des représentations. C'est l'accouchement qui lui permet de se sentir mère de cet enfant. « *Quand on a commencé à m'expliquer ce que c'était qu'une aspiration je trouvais ça un peu barbare pour ma petite fille donc j'ai pas eu envie de ça pour elle ce n'était pas ça qu'il lui fallait... du coup j'étais contente de l'avoir fait par voie basse, c'était lui accorder la même place que mes deux garçons, pour moi c'était primordial en fait c'était lui accorder vraiment sa place au sein de la fratrie dans la famille... ».* Elle décide de ne pas la voir expliquant qu'elle craint d'être choquée par l'image de ce trop petit bébé, et préfère garder la représentation imaginaire qu'elle en a. Elle se demande si elle récupérera les photos de l'autopsie après la naissance du bébé suivant. Elle rêve de son bébé mort la nuit mais pas de sa vie avec ce bébé, cela fait partie dit-elle, des limites qu'elle s'est fixées. Elle revendique la place du bébé mort, en disant que cette grossesse-ci est son quatrième et non son troisième enfant. Cependant elle commence à se sentir plus apaisée vis-à-vis de la place de Justine dit-elle. Au troisième entretien, elle dit : « *ce ne sera jamais digéré. Maintenant il y a un moment où ça s'estompe. C'est... voilà c'est la perte quand même d'un être cher qui nous a été très cher même si on l'a pas connu physiquement maintenant voilà on vit avec ».*

Différenciation. Mme M distingue bien les deux grossesses, elle différencie celle de Justine car ses mouvements étaient très différents, beaucoup plus discrets. Néanmoins, la différenciation entre les grossesses n'est pas si évidente et elle est préoccupée par la place de cette nouvelle grossesse par rapport à la précédente : « *tout se mélange on superpose les deux grossesses, c'est vraiment très étrange comme sensation, on a l'impression qu'on va répéter un schéma enfin c'est très bizarre...* ». Bien qu'elle soit convaincue, contrairement à son entourage dit-elle, qu'un bébé n'en substitue pas un autre, elle craint que la naissance du bébé ne la renvoie à l'absence de Justine.

La grossesse actuelle. Pour Mme M, au premier entretien, l'investissement de la grossesse actuelle est difficile. Cette grossesse qu'elle considère « *précieuse* » du fait des antécédents est prise dans des enjeux de vie et de mort. Elle est très préoccupée par la santé du bébé, c'est tout ce qu'elle regarde lors de la première échographie. Elle connaît le sexe du bébé qui est différent du bébé précédent, elle déclare que cela lui est égal, le plus important étant sa santé. Elle ne souhaite pas beaucoup parler de sa grossesse, ne parvient pas à se l'approprier dit-elle. En même temps, elle dit commencer à se représenter son « *petit garçon* » et lui avoir acheté un premier pyjama.

Du point de vue de l'investissement narcissique de la grossesse actuelle, après une première phase de « *grande fierté, de plénitude* » lors de l'annonce de la grossesse, elle se sent « *abat-tue* », extrêmement fatigable, « *j'ai des douleurs dans l'utérus, en bas, des sensations de pesanteur qui sont extrêmement désagréables. Alors je sais pas, généralement ça arrive le weekend alors peut-être que j'accorde plus d'importance à ces maux-là, je sais pas pourquoi et du coup ça me rend vachement anxieuse* ». Au fil de la grossesse, elle peut se projeter après la naissance, elle imagine de façon concrète l'adaptation chez la nourrice, la reprise du travail, les travaux à faire. Elle rêve qu'elle allaite son bébé et que ce n'est finalement pas douloureux. Elle m'explique alors qu'ayant une poitrine extrêmement sensible elle n'a

jamais allaité ses enfants : « *j'ai les seins tellement sensibles que je ne peux même pas concevoir qu'un bébé viennent téter enfin c'est pas possible* », dit-elle laissant entendre les représentations sexualisées et peut-être insuffisamment refoulées qu'elle peut avoir par rapport à l'allaitement. Ce rêve amène Mme M à imaginer comme possible d'allaiter ce bébé, parce qu'il a une place à part dit-elle « *lui quelque part il a presque un caractère un peu précieux et unique...* », et se demande si cela ne va pas la conduire à « *surinvestir cette maternité* ». Au second entretien, elle sent qu'il bouge beaucoup, ce qu'elle trouve très agréable. Elle angoisse beaucoup lorsqu'il arrête de bouger. Les mouvements commencent à être source d'une différenciation entre elle et l'enfant.

Elle explique que de façon générale elle n'a pas pour habitude de parler « à [son] ventre », mais qu'elle le touche beaucoup et lui parle parfois lorsqu'il est dans une position qui la dérange. Elle sent se nouer une relation entre elle et le bébé, du côté du bébé elle imagine qu'il peut ressentir et entendre ses différents états. Au troisième entretien, elle sent une interaction avec le bébé, elle sent qu'il lui fait faire des actions comme « *il y a des moments où il me fait réagir quand il appuie sur la vessie et que je vais trois fois de suite aux toilettes* » mais « *pour moi, faire vraiment connaissance c'est à la naissance parce que finalement c'est encore un petit être... en devenir (...)* Enfin c'est finalement c'est assez rigolo de porter quelqu'un pendant neuf mois, il arrive et on sait pas du tout quel caractère il a... On peut se représenter plein de choses... Lui me connaît un peu mieux que moi je le connais parce que voilà il sent quand je suis énervé quand je me fâche quand je suis contente, pas contente ». Elle ne lui parle pas plus mais touche beaucoup son ventre. Elle est dans un rapport très proprioceptif avec le bébé, elle apprécie par exemple beaucoup de voir « *les petits membres enfin ça je trouve ça assez génial qui sortent. J'ai encore plus hâte de le serrer dans mes bras...* ». Les mouvements du bébé sont sources de rêveries, mais aussi de mouvement ambivalents, qu'elle peut exprimer de façon détournée. Le bébé est bien intégré pour elle dans la fratrie. À la fin de la grossesse, bien qu'elle ne l'imagine pas physiquement, elle l'imagine dans son ventre et l'investit affectivement.

Vivances de honte. Mme M se décrit comme une personne ayant besoin de maîtriser son corps, son environnement, et d'anticiper les événements. Lors de la grossesse ayant donné lieu à l'IMG, au moment de l'annonce du diagnostic de trisomie, Mme M se sent « *complètement perdue* », elle a des réactions qu'elle ne reconnaît pas : « *parfois les gens me regardaient un peu... je suis plutôt quelqu'un d'assez linéaire, calme cartésien, posé, alors forcément avoir une espèce de volcan qui se réveille en face d'eux c'est toujours un peu perturbant...* ». Le sentiment de perte de contrôle se poursuit tout au long de la grossesse : « *j'ai toujours peur qu'il y ait un truc qui parte en cacahouète... et du coup j'ai... d'un seul coup une angoisse un peu irrationnelle qui arrive... donc je me concentre sur les choses positives voilà... (...)* si y'a une chose que je sais c'est que je ne sais pas de quoi demain est fait. »

Mme M exprime d'emblée des bénéfices narcissiques tirés de la perte de cette enfant, qui lui a permis de remettre sa vie en perspective, de grandir, de renforcer son couple, et elle-même. Néanmoins, cela ne lui permet pas pour autant de diminuer son vécu d'échec qui est fort. Mme M dit d'elle-même avoir « *un rapport à l'échec très violent* ». Elle l'exprime

très explicitement mêlé à la culpabilité concernant l'IMG : *« même si fondamentalement j'ai rien fait pour enfin.. la femme porte de toute façon l'enfant. Donc elle porte.. pour moi elle porte naturellement une culpabilité(...) Donc je me suis sentie en échec en tant que mère.. je me suis sentie en échec en tant qu'image de mère c'est que je me suis sentie.. j'ai eu un déficit terrible de confiance en moi ... où je me sentais plus capable de grand chose, où ... j'ai mis du temps à me reconstruire, où j'ai mis du temps à me refaire confiance, mais il y a des moments où je me fais pas tout le temps confiance »*. Ce vécu d'échec se poursuit à ce jour, elle ne se sent *« pas capable »* et a besoin de consulter sa gynécologue régulièrement. Elle vit très mal l'idéalisation sociale et des médias autour de la grossesse, elle y reviendra plusieurs fois pendant les entretiens, mettant en avant l'idée que cette idéalisation renforce le tabou autour du deuil prénatal. Elle trouve très paradoxal son sentiment de commencer à plus investir le bébé et son rejet, voire son agressivité, envers son entourage lorsqu'ils manifestent eux-aussi leur investissement de ce bébé à venir : *« je le sens comme comme une espèce de pression, d'intrusion »* dit-elle. Nous pouvons alors comprendre son sentiment d'intrusion non pas comme un frein à l'investissement du bébé mais comme une crainte narcissique faisant écho à son vécu d'échec lors de l'IMG.

Dans le premier entretien, des éléments de son discours nous laissent penser qu'une forme de restauration narcissique est pourtant possible pour elle, notamment lorsqu'elle est en mesure de sentir ce qui se passe en elle, dans son corps. Au moment de l'IMG elle avait par exemple senti que le travail commençait, alors que la sage-femme lui disait que ce n'était pas possible que cela prendrait du temps, elle a insisté et c'était bien le cas *« et donc triomphante je dis oui oui vous voyez j'étais pas folle je sais quand même ce qui se passe c'est pas comme si je ne l'avais jamais fait ça s'est déjà passé deux fois »*. Par ailleurs, elle se sent très fière de cette nouvelle grossesse, qu'elle soit arrivée rapidement. Au second entretien, elle rêve qu'elle allaite son bébé et que l'allaitement se passe bien. Alors qu'à ses grossesses précédentes elle rêvait qu'elle faisait tomber son bébé, qu'elle perdait le biberon. Il y a donc une restauration narcissique qui s'opère mais elle ne semble pas suffisante pour lui permettre une diminution de son vécu d'échec.

Du fait de la fausse-couche, Mme M n'a presque pas annoncé sa grossesse précédente, créant un sentiment de non-dit au moment du diagnostic et de l'interruption. Elle vit très mal, entre le diagnostic et l'IMG, le regard des gens sur son ventre de femme enceinte et met des vêtements amples pour le dissimuler. Après l'IMG elle craint le regard des autres et reste chez elle. Lors de la grossesse actuelle, Mme M se sent intrusée par les sollicitudes de son entourage sur la grossesse, sentiment qui se poursuit jusqu'à la fin de la grossesse. D'emblée, Mme M fait des recherches dans la presse sur l'IMG. Elle se rend compte qu'il n'y a presque rien sur ce sujet, que la grossesse est idéalisée dans les médias. Cela la met très en colère, colère qui ne diminue pas au fil des entretiens. Elle se sent aussi en colère vis-à-vis de son entourage qui ne reconnaît pas suffisamment sa fille en tant que telle. Cette colère nous l'entendons comme une réaction au sentiment de se sentir exclue tout à coup de ces grossesses idéales présentées dans les journaux, de sentir exclue du groupe des femmes ayant un bébé qui va bien : *« les copines qui disent ça elles sont pas enceinte d'un petit bébé qui est malade, elles vivent pas ce que vous vivez, elles y connaissent rien, elles ont connu que des grossesse normales et puis c'est tellement facile de dire aux autres ce qui*

faut faire quand vous le traversez pas vous-même ». Elle ne se sent pas comprise non plus dans certains hôpitaux ou chez certains médecins qui lui renvoient des représentations qui ne correspondent pas à ses vivances. Par ailleurs, elle s'isole, s'enferme subitement dans sa chambre. Bien qu'elle puisse entendre aujourd'hui la difficulté de son entourage à la comprendre, elle explique que ce n'était pas possible pour elle auparavant. Les échanges avec sa mère ou sa belle-mère sont aussi compliqués. Mme M sort, par cette IMG, des lignées maternelles : « *ni ma belle-mère ni ma mère n'ont eu de problèmes pendant leurs grossesses n'ont jamais fait de fausse couche, déjà rien que juste une fausse couche c'était complètement incongru. Donc une IMG je ne vous en parle pas c'était la cinquième dimension* ». Mme M se rend au groupe de parole, mais là aussi, elle se sent très rapidement en décalage parce qu'elle a deux enfants vivants. Elle ne souhaite pas non plus faire les groupes de préparation à l'accouchement se sentant trop en décalage par rapport aux femmes primipares. Au troisième entretien elle peut dire son sentiment de retrouver « *une certaine normalité* » concernant ses préoccupations actuelles vis-à-vis de la grossesse par rapport à des femmes enceintes sans antécédent. Chez Mme M, le sentiment d'exclusion, le vécu d'inadéquation est très intense. S'il peut être plus facilement nommé en fin de grossesse et légèrement diminué il reste néanmoins fortement présent.

Vivances de culpabilité. Mme M se décrit comme une personne culpabilisant facilement et beaucoup, notamment concernant ses obligations professionnelles. Durant la grossesse actuelle elle culpabilise de devoir être arrêtée plus tôt, culpabilité que nous pouvons néanmoins entendre comme un déplacement de celle ressentie pendant l'IMG. Concernant la décision d'interrompre la grossesse, Mme M énonce la culpabilité que ce choix lui a fait traverser : « *il y a quand même une culpabilité terrible.. au début vis-à-vis de cette grossesse, vis-à-vis de la décision qu'on est en train de prendre, il y a un moment où on se demande si on prend la bonne décision* ». Pour Mme M l'accompagnement à Necker, les différents rendez-vous, le suivi psychologique, ont été extrêmement étayant dans la décision : « *je l'aurais pris cette décision mais est-ce que j'arriverais à me sentir en paix avec cette décision je ne sais pas* ». Elle répète plusieurs fois qu'elle est persuadée que la grossesse ne serait de toutes façons pas arrivée à son terme : « *peut-être que c'est un storytelling que je me fais pour me rassurer mais ça a toujours été un sentiment que j'ai eu* ». Mme M explique que la décision d'interrompre la grossesse était aussi une façon de reprendre une part active, de reprendre le contrôle de ce qu'elle vivait avec cette grossesse. Par ailleurs, elle voulait à tout prix éviter le foeticide, ce qui impliquait d'arrêter la grossesse avant 22 SA. Le sentiment de culpabilité concernant l'acte s'atténue au fil de la grossesse actuelle. Au premier entretien, Mme M exprime la colère et le sentiment d'injustice qu'elle a pu ressentir quand elle a appris la pathologie et qui reste présent : « *J'étais plus en colère en fait contre le monde entier j'avais un sentiment d'injustice : 'pourquoi est-ce que ça tombe sur moi, pourquoi ça tombe sur ma fille?', je fume pas, je bois pas, je mange sainement...* ». Malgré tout, elle exprime un sentiment de culpabilité qu'elle a pu ressentir du fait de sa responsabilité en tant que mère dans la pathologie du bébé. Cette culpabilité diminue au fil de la grossesse actuelle. Au second entretien, Mme M se demande si son bébé actuel ressent ses états émotionnels et se sent agacée lorsqu'on lui reproche d'être

stressée, agacement qui peut venir masquer la culpabilité qu'elle peut ressentir à son égard mais qui n'est pas exprimée.

En conclusion, **l'investissement du bébé mort** en était à ses prémices au moment du diagnostic. Il se bloque alors brutalement et Mme M ne poursuivra pas ses rêveries. Cependant, le fait d'avoir accouché par voie basse lui permet de reconnaître cet enfant comme son enfant, elle la déclare dans le livret de famille et lui accorde une place au sein de la famille. Ce qui était au départ une revendication peut s'apaiser au fil du temps, néanmoins, si le processus de deuil peut s'élaborer ce n'est pas dans son versant objectal. Il y a bien une différenciation qui s'opère entre les deux bébés. Néanmoins, l'impact de l'IMG est fort, Mme M dit avoir le sentiment d'encore attendre le bébé mort, ce qui l'inquiète. Bien qu'explicitement les deux bébés semblent se différencier, nous nous demandons, si de façon plus inconsciente, les attentes vis-à-vis du nouveau bébé ne seront pas envahies par la disparition du précédent.

Au fil de la grossesse, **les représentations du bébé à venir** sont de plus en plus présentes et des premières traces de (proto)intersubjectivité apparaissent. Mme M investit objectalement cet enfant en devenir.

Les vivances de honte sont très présentes chez Mme M et se maintiennent jusqu'à la fin de la grossesse. Elle peut plus facilement les mettre en mot au dernier entretien, nous permettant de penser qu'une élaboration de ces vivances est possible. **Les vivances de culpabilité** concernant la maladie et la décision d'interrompre la grossesse sont présentes en début de grossesse puis s'atténuent. La culpabilité prend une place importante dans les processus d'élaboration du deuil, notamment en lui permettant de reprendre une part active. Chez Mme M le vécu d'échec est toujours mêlé au sentiment de culpabilité.

Mme F



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme F est âgée de 33 ans. Elle est mariée depuis dix ans et son mari a 35 ans. Ils ont un garçon, âgé de trois ans. La grossesse de ce premier enfant s'était très bien déroulée, ce qu'elle me précise d'emblée lors de notre première rencontre. Le couple souhaite avoir un autre enfant, Mme veut que l'écart d'âge ne soit pas trop important, le père est un peu plus réticent au départ. Ils essayent pendant 4 mois ce qui fait dire à Mme F que la grossesse tarde à venir. Lorsqu'elle tombe enceinte ils sont très contents tous les deux, Mme F espère que l'enfant sera une fille. Un problème est décelé lors de l'échographie du deuxième trimestre à 18 SA. Le jour même ils font une échographie spécialisée et un spina bifida est diagnostiqué. Il leur est proposé tout de suite de faire une IMG et on leur fait signer le consentement « *on n'a pas vraiment eu le choix* ». L'IMG se produit deux semaines plus tard, durant cette période Mme F continue à parler au bébé et à toucher son ventre. L'interruption a lieu à 20 SA. Ils voient le bébé et Mme F le prend dans ses bras. Ils apprennent alors que c'est une petite fille. Ils choisissent un prénom chargé de symbolique, Love : « *ce prénom était plus destiné à... à montrer que... on était déjà, enfin pour moi c'était déjà mon bébé, c'était mon enfant, c'est mon enfant et ça le restera de toutes façons, et c'était plus pour montrer ce côté que, malgré ce qui est arrivé, on l'aime* ». Ils la déclarent sur le livret de famille et Mme F se rend avec une amie deux mois plus tard à la cérémonie du Père Lachaise. Elle a un suivi psychologique à la PMI. Elle souhaite démarrer une nouvelle grossesse très rapidement car elle se sent en échec. Il s'écoulera 11 mois avant qu'une nouvelle grossesse ne démarre. À son annonce ils n'y croient pas, ils sont sur la retenue.

Impressions cliniques. Mme F adhère à la recherche et ne montre pas de résistances à participer aux entretiens. Elle se décrit comme une personne ayant un caractère difficile, ce qui s'accroît au cours de la grossesse. Au cours de la grossesse, l'état de transparence psychique ne semble pas pouvoir être atteint et nous avons très peu accès à son histoire infantile et ses identifications familiales. La relation avec son conjoint est compliquée, il travaille beaucoup et elle se sent peu soutenue.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Mme F a rapidement investi la grossesse. Avant l'annonce du diagnostic, elle commence à faire une place au bébé, à laver les vêtements, etc. Elle ne l'imagine pas physiquement mais dit que c'était « *déjà un petit être, mon enfant* ». Après le diagnostic elle souffre de la sentir bouger et se maintient en action permanente pour moins y penser. Paradoxalement elle dit s'être plus rapprochée du bébé à ce moment-là, d'avoir plus touché son ventre tandis que son mari arrête. La contradiction semble venir d'une différenciation entre ce qu'elle-même pouvait vivre de sentir un enfant bouger en elle sachant qu'elle allait interrompre la grossesse, et de la considération de ce que l'enfant en elle pouvait ressentir : « *Par contre mon mari du jour au lendemain il s'est arrêté de lui parler... c'était un peu, enfin je trouvais ça un peu...un peu dommage parce que, on était toujours, ça ne changeait rien pour elle, sur 15 jours ça ne change pas grand choses* ». Au moment de l'accouchement elle apprend que l'enfant est une fille. La petite fille perdue cristallise alors toutes les idéalizations d'avenir, dans un déni de la pathologie. Elle ne

veut pas regarder la malformation et a peur de voir aujourd'hui des photos qui pourraient lui donner une mauvaise image, préférant garder l'image idéale qu'elle en a. Lorsqu'elle cherche à se souvenir de l'image du bébé qu'elle a vu, elle cherche des photos de bébés au même terme sur internet. Comme si ce bébé n'était pas vraiment individualisé en tant qu'autre différencié. Au second entretien, l'image qu'elle a du bébé mort est toujours une image reconstruite, « *comment elle aurait été, mon image idéalisée* », représentations qui perdurent au troisième entretien. La déclaration sur le livret de famille, plus qu'un ancrage de la réalité du bébé constitue pour Mme F une reconnaissance sociale de sa souffrance. Il y a cependant un ancrage corporel qui apparaît de nouveau avec des réminiscences des sensations éprouvées quand elle la portait. Ces réminiscences entravent l'investissement du bébé de la grossesse actuelle, elle souffre alors de le sentir bouger.

La grossesse actuelle. Concernant la grossesse actuelle, lorsque Mme F apprend le sexe du bébé, ses rêveries se bloquent, et un clivage corporel s'établit, elle ne sent plus le bébé bouger. Lorsque je la rencontre elle dit « *je sens des coups, des choses très internes, je ne sais pas si c'est lui ou pas* ». Au deuxième entretien, elle commence à se projeter un peu plus, à annoncer la grossesse à l'entourage élargi. Elle sent mieux le bébé bouger et s'en dit contente. Elle peut imaginer dans quel sens est le bébé mais ne l'imagine pas physiquement et même en le voyant à l'échographie elle dit ne rien voir. Elle peut cependant lui prêter des goûts et des intérêts. Elle est moins déçue du sexe, cherche à se dire que la santé est le principal et cherche autour d'elle des exemples de fratrie masculine pour qui c'était une bonne chose d'être plusieurs garçons. Elle a préparé les affaires et commencé la valise de maternité. Penser au futur proche avec le bébé est plutôt stressant, elle ne donne pas le sentiment d'une attente sereine et tendre du bébé, mais plutôt d'une angoisse massive et d'une crainte importante de ne pas être soutenue par son conjoint.

Vivance de honte. Chez Mme F, les vivances de honte sont fortes et se poursuivent au cours de la grossesse actuelle. Lors de la grossesse précédente, face au diagnostic, l'idée de ne pas être en maîtrise de ce qui se passe en elle émerge fortement et s'accompagne d'angoisse qui se maintient jusqu'au bout de la grossesse. Le sentiment d'échec est fortement présent et ne diminue pas au fil de nos rencontres. Échec de ne pas avoir pu mettre au monde une petite fille vivante, échec d'être enceinte d'un garçon et non d'une fille, échec face au RCIU (retard de croissance intra utérin) diagnostiqué chez le bébé de la grossesse actuelle. Au moment du diagnostic Mme F souffre d'avoir déjà annoncé la grossesse à son entourage, elle aurait préféré que ça ne se sache pas. Elle ne veut plus que des photos d'elle soient prises tant qu'elle est enceinte. Le besoin de maintenir caché, suite au dévoilement de l'interruption, se poursuit à la grossesse actuelle jusqu'à la seconde échographie. Son ventre ne grossissait pas « *Un peu comme le, pas un déni de grossesse mais, quelque part comme si la tête bloquait tant que j'étais pas sûre qu'à priori... il y ait pas de risque* ». Mme F exprime très fortement son besoin de s'exclure du groupe mais à la fois sa souffrance de s'en sentir exclue, d'avoir le sentiment que son entourage « *n'ose pas* » s'adresser à elle. Cet aspect de la honte diminue au troisième entretien.

Vivance de culpabilité. Chez Mme F, les vivances de culpabilité sont fortement pré-

sentes. Au premier entretien elle exprime la culpabilité qu'elle ressent concernant la décision d'avoir interrompu la grossesse. Elle ne revient pas dessus aux entretiens suivants. Elle éprouve également de la culpabilité concernant la pathologie, culpabilité fantasmatique et très fortement réactivée lorsqu'un RCIU est diagnostiqué à la grossesse actuelle. Elle n'exprime en revanche pas de culpabilité vis-à-vis du bébé actuel ni du bébé décédé.

En conclusion, l'investissement de la grossesse actuelle réactive le processus de deuil mais dans un figement et non une élaboration. **La grossesse précédente** était investie narcissiquement, l'enfant mort était en voie d'être différencié mais il n'y avait pas encore de prémices d'intersubjectivité. À sa mort, il capture l'enfant imaginaire de Mme F et les représentations ne semblent pas évoluer au cours de la grossesse actuelle. Elles entravent au début de la grossesse suivante les **représentations de l'enfant actuel** mais ce dernier peut cependant prendre sa place dans la psyché maternelle au fil de la grossesse. Elle peut s'adresser à lui et toucher son ventre, elle peut aussi imaginer qu'il bouge quand il aime ou n'aime pas quelque chose. Elle n'envisage cependant pas une (proto)intersubjectivité entre elle et le bébé.

La culpabilité chez Mme F est dans un registre plus narcissique qu'objectal. Elle n'est en tout cas pas la marque de l'accès à la conscience du bébé mort ou du bébé actuel comme autre différencié. **La honte** et la culpabilité sont très intriqués chez elle. Les aspects plus objectaux de la honte (sentiment d'exclusion, se cacher) s'atténuent au fil de la grossesse, tandis que les aspects plus narcissiques de la honte et de la culpabilité (maladie, perte de contrôle, échec) restent intenses jusqu'à la fin de la grossesse.

Mme S



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme S est âgée de 30 ans lorsque je la rencontre. Elle est en couple depuis 12 ans, son mari a le même âge. La grossesse ayant donné lieu à l'IMG était désirée par le couple. Elle survient peu de temps après une grossesse non évolutive pour laquelle Mme S a dû avoir un curetage. Elle n'est donc pas rassurée au début de la nouvelle grossesse, craignant qu'elle n'évolue pas ce qui complique l'investissement de la grossesse au départ. Une fois qu'elle le sent bouger elle investit rapidement l'enfant. Elle pense que la grossesse a débuté aux États-Unis, bien que les dates échographiques ne coïncident pas avec les dates de son voyage. Elle et son mari appellent l'enfant « *petit-burger* », surnom qu'elle continue d'utiliser et qu'elle me demande d'utiliser pour parler du bébé. À la seconde échographie le médecin voit que la fermeture de la colonne ne s'est pas faite et leur dit d'emblée que ce n'est pas opérable. Pendant le temps qui précède l'IMG, Mme S parle beaucoup au bébé, voulant l'accompagner et lui expliquer, continuant de sentir sa présence. Elle aide le père à lui dire au revoir aussi. L'IMG a eu lieu à 23 SA. Ils décident de ne pas voir le bébé et ne le déclarent pas sur le livret de famille. Elle n'a pas voulu savoir son sexe mais l'a appris par mégarde lors d'un résultat d'analyse, c'était une petite fille. Après l'IMG elle n'attend pas pour démarrer une nouvelle grossesse qui débute deux mois plus tard. Elle ne souhaite pas connaître le sexe de l'enfant à venir.

Mme S a vécu aux États-Unis avec son mari pendant une année et y est souvent retournée. Ses parents avaient habité ensemble aux États-Unis pendant deux ans puis sa mère est revenue en France un mois avant sa naissance, son père étant resté aux États-Unis. Il y a fait une attaque cardiaque qui a beaucoup angoissé Mme S, lorsqu'elle avait 5 ans. Il est décédé quand elle avait 14 ans. Sa mère a perdu un bébé à 4 mois de grossesse, avant sa naissance, elle a pourtant le sentiment de ne pas être comprise dans son deuil, car sa mère n'avait pas du tout intégré ce bébé perdu à son imaginaire familial. Sa grand-mère paternelle, qui a elle-même perdu un bébé à quelques jours de vie, avait alors dit à sa belle-fille « *garde la tête haute* », phrase qu'elle reprend pour la dire à Mme S. Mme S trouve sa mère un peu froide et distante pendant la nouvelle grossesse, elle ne touche par exemple pas le ventre de Mme S. Au second entretien elle se rend compte que sa mère a perdu sa propre mère à l'âge de 18 ans et n'a jamais donc eu l'expérience d'avoir sa mère présente lors de ses grossesses : « *elle a pas de modèle.. donc c'est aussi, je m'étais dit je vais peut-être.. de le toucher, de peut-être qu'elle ose pas parce qu'elle sait pas très bien faire mais bon voilà elle est un peu sur la retenue sur ces choses là...* ». Elle se demande s'il n'y a pas aussi un aspect culturel à cette distance, sa mère étant originaire du Maghreb. Par ailleurs, elle raconte que sa grand-mère maternelle a aussi perdu un bébé à quelques jours de vie avant la naissance de ses autres enfants, sa mère n'étant « *ni l'enfant d'après, ni le garçon d'après* » précise-t-elle « *donc c'est plus une histoire qu'elle assume que quelque chose qui l'a impacté* ». La grand-mère maternelle de son mari a perdu son fils aîné à quelques mois de vie.

Impressions cliniques. Mme S est touchante. Elle est fine et a de bonnes capacités d'introspection. La transparence psychique de la grossesse est vraiment à l'œuvre et elle peut élaborer un certain nombre de problématiques en lien avec la perte de son père et sa relation avec sa mère. Par ailleurs, elle se sent perturbée par le fait que la sage-femme ne

la trouve pas angoissée. Elle, qui se définit comme une personne angoissée, se demande si elle ne parvient pas à l'exprimer ou si son angoisse est finalement « normale » par rapport à d'autres femmes enceintes. Elle adhère bien à la recherche et au dispositif proposé.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Lors de la première grossesse, très rapidement, M. et Mme S donnent un surnom au bébé qu'ils n'utilisent qu'au sein de leur couple. L'enfant est investi dans une relation d'objet orale, le surnom est « *Petit-burger* », et elle dit « *on s'imaginait euh... lui faire des bisous partout puis le mang..* ». Elle se sent vite en lien avec le bébé. Quand elle le sent bouger vers trois mois et demi « *je disais qu'il venait se lover dans ma main en fait. Je mettais ma main et il venait se blottir un peu.. donc c'était très agréable* ». Elle touche beaucoup son ventre et parfois n'ose plus retirer sa main par peur qu'il se sente abandonné. Elle a donc très tôt conscience d'une intersubjectivité naissante. Elle continue de lui parler après le diagnostic et aide le père à le faire aussi « *moi souvent quand je lui parlais (pleure) quand j'étais toute seule je lui disais euh que son père il l'aimait toujours mais que c'était trop difficile pour lui (pleure)* ». Bien que le bébé soit très présent psychiquement comme un être différencié, il ne peut être perçu comme un autre, objet externe, car il n'est pas sexué, son prénom n'est pas choisi, ils n'ont encore rien acheté pour lui. M. et Mme S avaient décidé de ne pas connaître le sexe du bébé. Mme S raconte que lorsque sa mère était enceinte d'elle, elle avait cru toute la grossesse que ce serait un garçon et avait préparé un prénom de garçon. Mme S sait, au moment où nous nous rencontrons que le bébé mort était une petite fille, pourtant elle n'utilise que le pronom « il » ou « lui » pour en parler, comme si son objet interne « *fœtus* », celui qu'elle a elle-même été, ne pouvait qu'être masculin. Ils décident de ne pas le voir « *car ce serait pas juste qu'on puisse le voir et lui ne nous voit pas* », cette décision est tout de même difficile à assumer pour Mme S. De même elle ne l'a pas déclaré sur le livret de famille et se demande si elle va le faire, pour légitimer son existence. Au cours du deuxième trimestre de la grossesse actuelle, la place à accorder au bébé décédé est une question compliquée pour elle et rend plus difficile la place à accorder au nouveau bébé. Elle ne sait pas s'il sera son premier ou son deuxième enfant. Le bébé mort est plus « *une idée, un sentiment* » qu'un être de chair et d'os. Les représentations de *Petit-burger* évoluent légèrement pendant la grossesse actuelle, Mme S commence à utiliser le pronom « elle » pour en parler. Les représentations se corporalisent, elle repense au passage du bébé lors de l'accouchement, lui donnant ainsi une réalité corporelle et non uniquement conceptuelle. Le manque d'image se fait sentir et elle souhaite garder une photo d'elle enceinte en y inscrivant le surnom de l'enfant, tout en ayant conscience qu'il ne s'agit pas d'une photo du bébé. Néanmoins, à la fin de la grossesse actuelle, il y a un retour à un investissement plus narcissique qu'objectal : « *... je pense plus souvent à Petit-burger par rapport à moi que par rapport à lui enfin... je pense moins souvent par exemple à... finalement les seules choses que.. que j'avais vécu avec Petit-burger c'était dans mon ventre, les petits mouvements les... je pense moins souvent à ces échanges-là qu'à ce que moi j'ai vécu...* ». Bien qu'elle puisse continuer à dire qu'ils se sont sentis parents de ce bébé : « *je comprends que ça vienne à différents stades pour différentes personnes mais ... enfin cette espèce de lien, d'attache,*

de responsabilité, pour nous.. ça l'était déjà un petit peu enfin..(rit) beaucoup ».

Différenciation. La confusion entre le bébé mort et le bébé actuel est très intense aux deux premières rencontres et évolue nettement vers une différenciation au dernier entretien.

La grossesse actuelle. Mme S raconte qu'elle a voulu très vite se projeter dans la nouvelle grossesse. Elle l'a annoncée dès le premier mois, une fois qu'ils avaient entendu le cœur battre. Elle a voulu tout de suite lui donner un surnom aussi, James. Elle ne veut pas savoir le sexe de l'enfant. Elle commence tout de suite à lui parler et à le toucher au travers de son ventre : *« j'essaie souvent de me toucher le ventre, de le toucher, de le sentir et donc de le faire un peu bouger, de faire ce lien et puis je lui parle aussi un petit peu (...) par exemple j'étais un petit peu angoissée et mon mari c'est plutôt quelqu'un de pas très angoissé, toujours serein, j'avais besoin qu'il lui transmette un petit peu de sérénité. »* Au second entretien elle dit qu'aux échographies le fœtus leur est apparu comme très ressemblant à son mari. Cette image les fait se projeter, cependant quand elle pense à son bébé elle n'y pense pas avec un visage bien défini. Elle pense surtout à lui dans son ventre. Elle a le sentiment qu'il ressent ses émotions, quand elle est triste et se demande comment il peut se « positionner » par rapport à cela. Elle note que sa perception des mouvements varie selon son état de stress, lorsqu'elle est plus stressée elle a l'impression de moins le sentir, tandis que lorsqu'elle se sent bien elle le sent davantage. Elle lui parle moins souvent à haute voix. L'association libre dans le discours met cela en lien avec sa crainte de mal faire du fait de son statut de « *bébé suivant* ». Elle est rassurée par ses mouvements et ils sont aussi des signes du lien entre lui et ses parents. Ils ont commencé à penser aux éléments de puériculture et ont choisi un prénom. Elle imagine de nombreuses situations, projections qui sont d'abord accompagnée de plaisir, puis très vite associées dans son discours à des craintes (qu'il naisse trop tôt, d'avoir une césarienne, etc.). Au troisième entretien, elle lui parle de nouveau. Elle touche son ventre. Elle le sent beaucoup bouger. Elle dit sentir *« un lien, une certaine complicité, bon parfois ça fait un peu mal, ça me fait rire, ou... mais... parfois ça me surprend »*. Elle imagine concrètement la séparation d'avec le bébé de l'intérieur et commence à l'élaborer : *« ça doit quand même faire bizarre (rit) enfin... dans un sens plutôt positif mais... pour l'instant en fait c'est une dualité mais qui ne l'est pas complètement et... de le voir et de me l'imaginer concrètement à côté... je me suis dit... oui je me suis dit enfin.. ça doit faire quand même bizarre de voir quelqu'un d'autre et ce week-end aussi je me suis dit... que c'est pas forcément facile le tout début, c'est vrai que ça doit être bizarre de... enfin qu'il y a quand même deux changements. D'une part, on doit apprendre à connaître quelqu'un et d'autre part, apprendre à se re-connaître nous enfin... vide »*.

Vivances de honte. Les vivances de honte sont fortement présentes au moment de l'IMG et s'élaborent au fil de la grossesse actuelle. Mme S se décrit comme une personne pour qui le contrôle et la maîtrise sont importants, elle ne laisse rien au hasard, aime organiser et prévoir. Elle met en lien ce trait de personnalité avec le décès de son père, mais plus précocement avec l'attaque cardiaque qu'il a faite quand elle avait cinq ans, alors qu'elle habitait en France et lui aux États-Unis. La même année, son grand-père maternel décède

et elle pense que cette crainte permanente que « *cela peut mal se passer* » vient de cette époque. Au deuxième entretien, elle exprime de la fragilité, de l'émotivité, le sentiment d'avoir peur, de ne plus se sentir confiante. Le fait de revenir à un suivi normal la rassure mais l'inquiète aussi car elle se sent « *lâchée* » et sait qu'elle va devoir « *lâcher prise* ». Elle a dit à plusieurs reprises « *tout peut arriver* ».

Chez Mme S il y a un vécu d'échec très marqué en début de grossesse « *un sentiment d'échec en rapport à.. aux autres enfin par exemple à ceux que je connais.. enfin voilà moi j'ai pas réussi à avoir un enfant tout de suite quoi enfin parfois je me dis que rien ne va aller bien donc c'est pour ça c'est peut être un échec par rapport à.. à ce que d'autres peuvent vivre, ce sentiment un peu d'être moi finalement à la traine (...). Je me dis parfois.. peut-être que les gens autour nous voient comme un couple.. à problèmes, ouais échec sur ce plan là parce que.. voilà parce que .. qu'on essaie depuis... bientôt ça fera deux ans.. d'avoir un enfant au lieu de neuf mois au plus court (rit) mais ... donc oui parfois je me dis que d'un point de vue extérieur ça fait ça mais après de mon point de vue à moi j'arrive pas à.. je me dis pas ça parce que les choses s'enchainent tellement, je suis quand même tombée enceinte trois fois en.. à chaque fois en quelques mois.. et donc ça déjà je trouve ça pas un échec de ce point de vue là et puis... (souffle) c'est plus une expérience qu'un échec, (...) je sais que j'ai ressenti oui ce côté ouais de honte un petit peu de.. pas y arriver, de pas avoir su faire ça.. Surtout que j'avais des copines enceinte en même temps et... oui. Maintenant et puis même un peu plus tard enfin, depuis quand même un moment, moins ». Un réel travail de réparation, de narcissisation s'opère au fil des rencontres, elle peut retirer des bénéfices narcissiques à la perte en se sentant mieux armée, plus forte face à l'adversité, et en ayant pu aussi réélaborer certains aspects du deuil de son père à cette occasion. Au troisième entretien l'échec de l'IMG est en lien avec le bébé qu'elle a perdu et non plus avec son sentiment d'infériorité par rapport à ses pairs. L'angoisse de l'échec est tout de même encore présente à la fin, se projetant sur l'accouchement et sur ses capacités d'être une bonne mère.*

Lors de la grossesse précédente, après l'annonce du diagnostic Mme S reste beaucoup chez elle, et quand elle sort elle essaye de dissimuler sa grossesse. Elle ne veut pas que ça se voit, qu'on lui pose des questions. Elle dit vouloir l'inscrire sur le livret de famille pour revendiquer son existence, mais elle se rend compte que c'est une nécessité qu'elle a elle parce qu'elle n'arrive pas à parler de l'IMG, de ce bébé, de cette période. À la grossesse actuelle son ventre grossit rapidement et elle s'en dit contente car elle dit avoir besoin que cela se voit. Au fur et à mesure que la grossesse avance elle réussit plus facilement à parler spontanément de la grossesse précédente. Comme si montrer qu'elle est enceinte, qu'elle peut porter la vie, l'autorisait à parler d'une autre expérience de grossesse, même si celle-ci s'était mal finie.

Mme S se rend très rapidement après l'accouchement à un groupe de parole de mères endeuillées : « *j'avais besoin d'avoir en fait un cercle d'amies avec qui s'était arrivé avec qui je pouvais partager ça. Par ailleurs, je crois que c'était pas mal pour moi de.. j'avais pas d'enfant enfin, j'avais pas de contrainte d'enfant et d'avoir la contrainte du groupe de pouvoir dire à des amis : "ah non le vendredi midi je peux pas, j'ai groupe"... ça me, ça me plaisait* ». Nous voyons ici l'importance que prend le groupe de parole pour Mme S.

Elle y retrouve un « cercle » d'appartenance et peut notifier aux personnes en dehors de ce groupe qu'elle n'est pas seule, qu'elle est avec d'autres femmes. Au deuxième entretien, Mme S met en avant le fait qu'avoir vécu un accouchement constitue pour elle un élément important dans sa possibilité à se restaurer comme membre du groupe des femmes ayant accouché : « *pour moi c'est plus facile parce que je peux parler de la péridurale et du coup avoir.. rentrer dans la conversation mais avec mon expérience à moi mais c'est vrai que je le fais toujours un petit peu sur la défensive en voulant un peu marquer mon territoire enfin marquer.. que j'ai.. rien à apprendre sur ce.. sur ce domaine là* ». Il y a donc un sentiment d'exclusion, de différenciation qui s'élabore et s'atténue au fil de la grossesse.

Vivances de culpabilité. La décision d'interrompre la grossesse n'a pas du tout posé question consciemment, ils étaient d'accord dès le début et ne sont pas revenus dessus. C'est pour elle et son mari une décision qu'ils ont prise pour ne pas mettre au monde un enfant qui allait souffrir et donc en pensant à sa souffrance à lui avant la leur. « *Pour la culpabilité de l'acte y a beaucoup de personnes qui l'ont. Bon moi j'ai pas trop ressenti ça enfin je je crois pas l'avoir ressenti parce qu'au contraire j'ai l'impression que c'est la seule chose que j'ai pu vraiment faire pour ce bébé. Donc je vois vraiment comme quelque chose de positif euh et non pas comme quelque chose que j'ai enlevé au bébé* ». La culpabilité exprimée ici sous forme de dénégation apparaît également au travers de deux rêves. Dans le premier, une amie à elle est enceinte d'un bébé porteur d'un spina bifida occulte et elle lui dit de garder l'enfant, de ne pas interrompre la grossesse : « *c'était elle qui portait le bébé et c'est et en fait c'est elle qui a pris la décision enfin c'est elle qui devait prendre la décision parce que c'était son corps et que c'est elle qui portait le bébé et donc elle, elle disait « oui oui on le garde » et puis moi j'étais d'accord avec cet avis là mais c'était pas moi qui le prenait. Enfin c'est pas moi qui prenais la décision donc c'était un petit peu étrange comme rêve* ». L'amie du rêve est une fille avec qui elle a partagé le vécu de la mort de leur père, puisque cette amie a perdu son père quelques années après elle. Le rêve qu'elle raconte dans la foulée « *j'étais enceinte je crois et je savais pas trop si j'étais dans une maternité ou une sorte de pensionnat, ça faisait un peu old-school, voire une prison, je sais pas c'était pas très clair cet endroit..* ». Elle ne se souvient pas du reste du rêve mais cette confusion entre la maternité et la prison met en exergue les vivances de culpabilité qu'elle peut vivre inconsciemment.

Bien qu'elle ne soit pas envahissante, Mme S a ressenti de la culpabilité qu'elle peut nommer comme telle sur la cause de la maladie.

Mme S exprime de la culpabilité d'avoir décidé de ne pas voir le bébé et de ce fait d'avoir le sentiment de ne pas l'avoir accompagné après la mort. Elle s'était laissée convaincre par l'idée de son mari que de voir le bébé alors que lui ne pouvait pas les voir aurait été égoïste. Elle ne s'autorise pas aujourd'hui à demander les photos car elle aurait le sentiment de ne plus pouvoir se raccrocher à cette idée pour ne pas regretter de ne pas l'avoir vu. « *j'ai pas envie je pense que je culpabiliserais encore plus de pas l'avoir vu au moment, enfin en vrai* ». Au second entretien elle raconte que de dépasser le stade de l'IMG lui a fait découvrir de nouvelles sensations, elle en est contente et à la fois cela la ramène à ce qu'elle n'a pas vécu avec le bébé précédent, ce qui est difficile pour elle à accepter. Elle

raconte également un rêve qui nous semble très parlant au cours duquel elle accouche et se réveille le lendemain se rendant compte que personne ne s'est occupé du bébé et qu'elle n'avait pas même regardé s'il s'agissait d'un garçon ou d'une fille « *Mais euh... je sais pas pourquoi on l'avait pas changé, je sais pas pourquoi on s'était pas occupé de ce bébé... ce qui me faisait culpabiliser un peu mais pas (rit) méchamment non plus, c'était plus.. je ne me mettais pas dans tous mes états je me disais quand même qu'on était un peu nul comme parent...* » Selon elle, elle rêve du bébé à venir, mais nous retrouvons dans ce rêve la culpabilité de ne pas avoir pris soin du bébé mort après l'accouchement, de ne pas l'avoir regardé, de ne pas avoir voulu savoir son sexe.

Au premier entretien Mme S raconte qu'elle a voulu donner très vite un surnom au bébé qu'elle porte, de crainte de se tromper et de l'appeler par le surnom du bébé décédé, ce qui lui est arrivé et l'a fait beaucoup culpabiliser. « *Et puis je me suis dis que finalement il y a beaucoup de mères qui confondent les prénoms de leurs enfants aussi (rit)... et puis ça n'arrive pas aussi souvent que ça.* » Au second entretien c'est sur la transmission de ses angoisses au bébé qu'elle se sent coupable, car elle a le sentiment qu'il réagit lorsqu'elle s'inquiète de ne plus le sentir bouger

En conclusion, pour Mme S, la conscience d'une (proto)intersubjectivité avec **le bébé de la première grossesse** est présente très tôt dans la grossesse. Bien qu'elle n'en ait pas encore des représentations humanisées, la relation d'objet virtuelle est bien à l'œuvre. Au cours de la grossesse actuelle, elle continue d'osciller entre un investissement narcissique de la grossesse et objectal du bébé mort. Néanmoins il y a une petite évolution des représentations qui tendent vers le besoin de se représenter ce bébé dans sa réalité (elle utilise le pronom « elle », elle voudrait voir une photo). Il nous apparaît qu'en ce qui concerne les aspects objectaux du deuil, Mme S va dans le sens d'une élaboration possible. Bien que la différenciation soit compliquée au début de la grossesse, les **représentations du bébé actuel** évoluent au cours de la grossesse. Elle l'inscrit dans la filiation par des ressemblances vues aux échographies, malgré le fait qu'elle ne souhaite pas connaître son sexe. Elle lui parle et se sent en lien avec lui. Elle exprime dans son discours latent de l'ambivalence pour ce bébé et dans ce que le sentir bouger provoque chez elle. Elle reconnaît un être ayant des besoins propres. Il y a donc au fil de la grossesse un accès à des représentations de l'altérité de ce fœtus/bébé. Là encore elle a une forte conscience de l'intersubjectivité naissante.

Les vivances de honte sont très présentes chez Mme S au moment de l'IMG et se poursuivent au cours de la grossesse actuelle. Elles peuvent cependant s'élaborer et s'atténuer peu à peu au cours de la nouvelle grossesse, sans pour autant disparaître.

Les vivances de culpabilité sont aussi présentes dans le discours de Mme S ou de façon plus inconsciente au travers le récit de ses rêves. La culpabilité est dynamique et peut évoluer, mis à part celle concernant le bébé décédé qui reste présente jusqu'à la fin de la grossesse. La culpabilité vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle est présente dès le premier entretien et disparaît au dernier entretien.

Mme A



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme A, âgée de 38 ans, est avec son mari depuis quinze ans. Il a 40 ans. Ils ont deux enfants un garçon de 7 ans et une fille de 3 ans. Sa troisième grossesse a donné lieu à l'IMG. Nous la rencontrons lors de sa quatrième grossesse.

La grossesse ayant donné lieu à l'IMG était désirée et est arrivée rapidement, au bout de trois mois. M. et Mme A avaient décidé d'avoir un enfant car ils souhaitaient « *changer quelque chose dans [leur] vie* ». Mme A a donc priorisé une nouvelle grossesse à un développement de carrière mettant « *le projet de famille en priorité* ». La suspicion de malformation a été révélée à 11 SA lors de la première échographie. L'IMG a eu lieu à 14 SA. La pathologie diagnostiquée était une trisomie 18 libre et homogène. Ils prénomment l'enfant Oriane et la déclarent sur le livret de famille.

Suite à l'IMG Mme A a eu un moment dépressif qui l'a inquiétée, elle avait envie de boire de l'alcool, pour être dans un autre état, elle qui ne boit jamais. Elle va alors consulter une psychologue à la maternité et se rend régulièrement au groupe de parole de mères endeuillées.

La grossesse actuelle a débuté deux mois après l'IMG. Le désir était alors plus ambivalent : « *En fait j'ai arrêté quand même ma plaquette (...) alors que mon discours c'était niet j'en veux pas* ». Au cours des entretiens, nous notons un réveil pulsionnel important qui « déborde » au dernier entretien. Mme A parle beaucoup de la chaleur qu'elle peut ressentir en pensant à ce bébé mort, chaleur qui ne semble pas sans lien avec son expression « *on commence la descente aux enfers* » lors de la prise des cachets pour l'IMG. Elle dit très mal supporter les grossesses et celle-ci particulièrement car elle a « *des furies de contractions* », qui se déclenchent lorsqu'elle caresse son ventre.

Pour l'enfant à venir, le couple a décidé que le père prendrait un congé parental à temps plein. Mme A dit qu'elle-même ne supporterait pas de rester à la maison tout le temps. Au dernier entretien, Mme A raconte qu'elle a une relation très fusionnelle avec son père mais qu'elle est très peinée car il attend d'avoir un petit fils portant son nom. Malgré ses efforts – elle a donné à son fils le nom de famille de son mari et le sien : « G. » – ce dernier n'est pas considéré par son père comme un vrai « G. ». A l'annonce du sexe du bébé de la grossesse actuelle son père n'a montré selon elle aucune réaction ; ce qui la déçoit de nouveau.

Impressions cliniques. Mme A a souhaité participer à la recherche parce qu'elle a elle-même beaucoup lu lors de l'IMG et a trouvé très peu d'écrits sur la grossesse suivant une IMG et pense donc qu'il est important de pouvoir publier des textes sur ce sujet. Lors de notre première rencontre elle est à 18 SA. Nous nous verrons deux fois en face à face. Mme A sera très ponctuelle aux rendez-vous que nous lui proposons. La veille de notre troisième rencontre Mme A l'annule, elle est désolée et explique qu'elle est très angoissée et qu'elle contracte beaucoup et ne souhaite pas se déplacer. Elle habite en effet très loin et fait environ une heure trente de trajet pour venir à nos entretiens. Nous convenons d'un rendez-vous par téléphone. Elle sera alors prête à recevoir mon appel, seule à son domicile. Au premier abord Mme A se présente comme une femme forte et stricte. Mais rapidement cet aspect-là se dissipe, bien qu'il reste en toile de fond, et je suis alors face à une femme qui montre une grande sensibilité.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Lors de la grossesse précédente, jusqu'à l'annonce de la pathologie, le processus d'objectalisation était en cours mais plutôt dans les premières étapes. Il n'y avait pas de rêverie autour de l'enfant à venir. Il n'était pas encore sexué, il l'a été au moment du diagnostic, elle note alors qu'elle n'a pas vraiment eu le temps de se projeter sur « *le bébé physiquement* ». Il est nommé « bébé » par la famille. Les pensées sont plutôt tournées sur les changements familiaux et organisationnels que sur un investissement du bébé pour lui-même. Néanmoins, au moment du diagnostic, Mme A décide d'accoucher du bébé, alors que l'aspiration est encore possible à ce terme. Elle ne veut pas que le bébé souffre, laissant entendre par là une prise en considération de ce qu'il pourrait ressentir. Le diagnostic est néanmoins venu marquer un arrêt soudain dans le processus psychique de la grossesse que Mme A qualifie de « *gel* » ou de « *tétanie* » marquant cet arrêt brusque et soudain où les choses se figent et ne peuvent plus avancer. Quand elle en parle le jour de l'entretien, elle le regrette, elle aurait souhaité pouvoir parler à ce bébé, l'accompagner davantage. Ils ont donné à leur fille un prénom au moment de l'accouchement et elle explique que maintenant lorsqu'ils parlent d'elle ils utilisent son prénom, ce qui est marqueur de l'évolution du statut de ce bébé. Le prénom n'avait pas été choisi avant la naissance. Il est celui de l'élève sage-femme qui était avec eux lors de la biopsie et du diagnostic : « *c'est arrivé comme ça, c'est pas familial, c'est pas...* ». Il semblerait qu'à ce moment-là il n'était pas tout à fait possible aux parents de situer complètement ce bébé dans la famille, comme si ce bébé était un bébé de l'hôpital et pas encore le bébé de ses parents. De plus il s'agit du prénom d'une stagiaire qui est donc par essence temporaire. Peut-être comme l'est ce bébé pour ses parents, de passage. Ils l'ont également inscrite sur le livret de famille. Cette inscription, par le soulagement qui l'accompagne, semble être une façon de faire rentrer ce bébé dans la famille, malgré des représentations au départ plus clivée, l'inscription circonscrit d'avantage l'existence de ce bébé. Au jour de l'entretien elle parle parfois à sa fille et reçoit des signes qu'elle pense venir d'elle. Les représentations qu'elle en a sont à la frontière de l'humain, plus proches de représentations d'un animal ou d'un objet ayant pu être terrifiant. Au second entretien, elle a de sa fille des représentations floues, qui sont plus de l'ordre d'une sensation (« *chaleur, couleur, rayonnement* ») ou d'une image métaphorique (« *mon petit papillon* »). Elle a pu la déclarer aux impôts, et comme pour le livret de famille, la déclaration aux impôts se constitue pour elle comme un acte permettant d'ancrer sa maternité et sa souffrance aux yeux de la société « *comme une revanche* ». Au troisième entretien les représentations évoluent, bien que la représentation du bébé soit « *une pensée positive* », cette pensée est plus du côté de la tendresse. À la fois, elle regrette de ne pas avoir pu accompagner sa fille lors de l'interruption, « *de l'avoir laissée partir nue* ». Le bébé mort est pour Mme A une image rappelant le double, elle sent sa présence qui la « *galvanise* », luttant ainsi contre les fantasmes effrayants et enfouissant les désirs infanticides qui sont alors reportés sur le bébé de la grossesse actuelle « *j'ai eu des idées noires vis-à-vis de ce bébé* ».

La grossesse actuelle. Les représentations autour du bébé à venir sont très parasitées par l'interruption de grossesse. Elle pense beaucoup au bébé mort et peine à se représenter le bébé à venir. Elle craint d'avoir un moment de rejet à son égard à la naissance et la

confusion entre les deux bébés persiste au cours de la grossesse et des représentations spécifiques au bébé à venir apparaissent. Au second entretien, une relation peut se nouer, elle touche son ventre, lui parle et sent ses réactions. Au troisième entretien l'ambivalence vis-à-vis de ce bébé est plus marquée, laissant apparaître les prémices d'une relation d'objet, elle ne supporte plus de le sentir bouger, le vécu corporel de la grossesse est compliqué et désagréable pour elle, mais à la fois elle sent qu'un lien se tisse, et elle se montre attentive au bébé et à ses besoins.

Ces éléments mettent en évidence une évolution parallèle entre les représentations du bébé décédé et celle du bébé à venir. Les deux semblent accéder à une place plus différenciée et extériorisée à la fin de la grossesse.

Vivances de honte. Au moment du diagnostic et de l'IMG, face à une perte de contrôle totale sur ce qui se passe en elle, ses mécanismes de défense l'amènent à vouloir tout maîtriser autour d'elle. Au cours de la grossesse actuelle, elle est rattrapée par des sentiments de perte de contrôle de son corps lors d'un épisode de saignements puis par de fortes angoisses « *de perdre pied* » au moment de l'accouchement. Elle exprime aussi une baisse de confiance en elle concernant son corps et ses capacités à porter ce bébé. Néanmoins, elle peut aussi se restaurer narcissiquement et le sentiment d'échec diminue au second entretien lorsqu'elle peut retirer de la perte des bénéfices narcissiques : elle a le sentiment de mieux se connaître et d'être plus forte qu'avant. Au premier entretien elle met en avant sa crainte à se montrer devant des personnes qu'elle n'a pas vu depuis l'IMG. Cela semble faire écho au sentiment qu'elle a eu lors de l'IMG d'avoir été cachée par l'équipe soignante (« *on arrive la nuit, on repart la nuit, les couloirs sont vides, on a l'impression qu'on nous cache* »). Chez Mme A, le sentiment d'inadéquation, d'exclusion est présent tout au long de la grossesse. Au cours du troisième entretien Mme A évoque beaucoup la question du groupe et de son insertion dans différents groupes sociaux. Elle souhaite retrouver « *une certaine normalité* » en faisant suivre le reste de sa grossesse dans sa maternité d'origine. Elle se sent incluse dans le groupe des mères endeuillées avec qui il y a « *de la solidarité* ». L'IMG reste tout de même un élément potentiellement séparateur du groupe social car il peut ne pas être entendable, trop terrible pour être entendu. Elle sent qu'elle provoque un « *embarras* » chez l'autre quand elle parle du bébé mort. Au troisième entretien Mme A dit se sentir très seule, éprouver « *un gros sentiment de solitude* ». Son entourage ne lui parle plus du bébé mort et elle ne peut plus se confier à son amie du groupe de parole qui a de nouveau perdu un bébé.

Vivance de culpabilité. Chez Mme A, les vivances de culpabilité sont fortement exprimées au cours de nos rencontres. Lors de la grossesse précédente, la culpabilité très intense, ressentie par rapport à l'acte d'interruption, empêche Mme A de créer un lien à sa fille pendant la fin de la grossesse, de s'en faire une image ou une représentation dans la réalité d'un enfant mort, qu'elle a « *tué* ». Elle ressent également de la culpabilité concernant la cause de la maladie, culpabilité fantasmatique puisqu'elle n'est pas en cause, même génétiquement. Elle ressent aussi beaucoup de culpabilité vis-à-vis du bébé mort lorsqu'elle traverse les étapes de la grossesse actuelle : « *à chaque fois il y a une espèce de culpabilité.*»

de ressentir la vie, de pas avoir pu la sentir avec Amélie au préalable, de... d'avoir ces souvenirs là avec cette grossesse alors que je les ai pas eu avant (...) donc du coup après il y a l'effet rétroactif de la culpabilité vers ce bébé là qui a rien demandé quelque part. des fois dans le cerveau c'est compliqué ».

En conclusion, chez Mme A, les vivances de honte et de culpabilité sont très présentes et intriquées. Par moments, ces vivances sont un frein à l'élaboration du deuil et à l'investissement de la grossesse actuelle. Cependant, ces vivances restent souples et peuvent, durant le temps de la grossesse actuelle, évoluer permettant ainsi un investissement croissant du bébé à venir et sa différenciation d'avec le bébé mort. La culpabilité semble accompagner chez elle le mouvement d'objectalisation de l'enfant mort. Si l'investissement objectal peine à se mettre en place au cours de la grossesse, il avance petit à petit et la culpabilité ressentie vis-à-vis du bébé en est une marque. Il nous semble néanmoins que l'inquiétude très vive de Mme A quant à leur différenciation, montre à la fois sa capacité à éviter la confusion, mais marque aussi une angoisse très présente dont nous nous demandons quelle sera l'évolution dans la relation en postnatal.

Mme B



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme B a 37 ans, elle vit avec son conjoint depuis quatre ans. Celui-ci est âgé de 38 ans. Elle n'a pas d'enfants et son conjoint a une fille de 11 ans. Elle est originaire de Bretagne. La grossesse ayant donné lieu à l'IMG était une grossesse désirée et le projet était souhaité par Mme B depuis « *un moment* ». Elle tombe enceinte très rapidement. La suspicion de malformation cardiaque a eu lieu lors de la deuxième échographie à cinq mois de grossesse. Mme B explique qu'elle a tout de suite su que c'était grave. Le rendez-vous avec le cardiologue a eu lieu la semaine suivante et l'amniocentèse encore une semaine après. L'IMG a eu lieu trois jours après l'amniocentèse, à 25 SA.

Suite à l'IMG, Mme B explique que pendant environ sept ou huit mois elle ne se sentait pas elle-même, elle essayait désespérément de tomber enceinte et faisait des tests de grossesse en permanence. Elle a été de nouveau enceinte en février et a fait une fausse couche à un mois et demi de grossesse. Elle a alors arrêté d'essayer à tout prix et est retombée enceinte de la grossesse actuelle un mois plus tard, soit un an après l'IMG. Mme B aurait souhaité qu'elle arrive tout de suite après et a trouvé le temps long.

Impressions cliniques. Les rencontres avec Mme B ont été compliquées dans le maintien du cadre, elle montre une forte ambivalence vis-à-vis de sa participation à la recherche qui se manifeste par des oublis répétés de nos rendez-vous, m'obligeant à l'attendre pendant une heure le jour de notre première rencontre et une heure trente en vain lors de notre deuxième rendez-vous. Ne pouvant alors pas trouver d'autre date nous convenons d'un entretien par téléphone. Le jour dit elle semble avoir oublié car elle se trouve sur son lieu de travail et devra faire une partie de l'entretien dans les toilettes (ce que j'apprendrais lors de notre troisième rencontre). Mme B n'a pas été alors en mesure de me dire qu'elle avait à nouveau oublié notre rendez-vous, s'obligeant à s'enfermer pendant une demi-heure dans les toilettes de son entreprise. Je lui envoie les questionnaires par email lui demandant de les remplir dans la journée. Lors de notre troisième rencontre je lui envoie comme convenu un sms la veille (elle me l'avait demandé). Elle a rempli les questionnaires du deuxième entretien la veille essayant dit-elle de se mettre dans l'état d'esprit d'il y a six semaines, car elle avait alors oublié de le faire. Elle les a apportés mais les a oubliés dans la salle d'échographie d'où elle arrive à ce moment-là. Je devrais aller les chercher moi-même. Mon vécu contre-transférentiel était à la fois de la colère et un sentiment de ne pas compter pour elle. Je suis amenée à interpréter ces oublis successifs comme une mise en acte de la difficulté de Mme B à gérer sa propre agressivité face à l'IMG et aux professionnels de la maternité.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Lors de la première grossesse, Mme B exprime quelques rêveries autour du futur bébé qu'elle aurait préféré être un garçon et qu'elle imaginait sportif « *comme la famille... quelqu'un de dynamique* ». Avant l'annonce, la projection de la vie avec ce bébé n'est pas aisée car elle ne se sent pas prête à envisager de mettre de côté ses autres activités. Lorsque je lui demande à quel moment ils ont commencé à se sentir parents elle répond qu'elle ne pense pas avoir eu le temps de le sentir. La première échographie a été un moment d'émotion mais le processus de parentalité n'était pas encore

pleinement enclenché et tourné vers ce bébé à venir. Ils n'avaient pas encore commencé à réfléchir à des prénoms ni à préparer les affaires. L'annonce du diagnostic s'accompagne d'un double mouvement, à la fois le bébé est sexué, ce qui permet à Mme B d'en avoir une représentation plus objectale et de lui parler. Mais en même temps il y a un fort désinvestissement et une agressivité massive vis-à-vis de lui. Lorsqu'elle lui parle c'est pour se faire du bien à elle, plus qu'à lui dit-elle. Le jour du diagnostic elle va déjeuner un steak saignant « *Disons que sans le renier complètement... je ne faisais plus attention...* ». Lors de l'entretien pré IMG Mme B avait décidé de ne pas voir l'enfant, ne voulant pas ajouter de la souffrance à ce moment déjà très douloureux. Elle se dit également très surprise qu'on lui propose d'enterrer son enfant ou de l'inscrire sur le livret de famille. Néanmoins, après l'accouchement elle a demandé à le voir, expliquant qu'elle ne voulait pas regretter de ne pas l'avoir vu. La présentation du bébé n'a pas été un temps de rencontre : « *D'avoir vu le bébé j'étais soulagée et j'étais contente d'avoir fait la démarche quoi... après c'est passé très vite...* ». Elle ne l'enterre pas car elle ne comprend pas le sens d'enterrer « *un fœtus* ». Le bébé n'a pas été prénommé ni inscrit sur le livret de famille. Mme B pouvait percevoir cette inscription uniquement comme une démarche administrative qu'elle trouvait « *très déplacée* ». Nous voyons ici que le bébé décédé n'a pas pu vraiment advenir au statut d'enfant, d'autre. Au cours de l'entretien le bébé n'est pas clairement sexué ni individualisé, il est nommé « le bébé » « lui » ou « elle ». Il semble avoir été pour Mme B une chose un peu terrifiante « *glauque* ». Au troisième entretien, nous retrouvons d'un côté un « *premier bébé* », une potentielle « *grande sœur* » ; « *c'était mon enfant quoi...* », c'est à dire une image construite psychiquement d'un bébé virtuel qui n'a pu advenir pour lequel une sorte de sentiment d'amour est décrit « *je sais pas si c'est de l'amour, un petit peu quelque part quand même* ». De l'autre, lorsqu'elle pense à ce bébé mort, Mme B repense à l'image du bébé à la naissance tout en disant que l'image est de plus en plus floue mais qu'elle ne veut pas pour autant récupérer la photo. Elle craint d'y voir quelque chose d'insupportable, plus de l'ordre du monstrueux. Cet enfant n'est plus abordé avec d'autres personnes, elle n'en parle pas non plus avec son conjoint.

La grossesse actuelle. Depuis que les inquiétudes concernant la malformation cardiaque ont été levées, M et Mme B se projettent beaucoup plus dans l'avenir qu'à la grossesse précédente, comme si du fait de l'expérience précédente, savoir que tout va bien à cette grossesse était un catalyseur permettant un investissement plus fort de la grossesse. Mme B dit aussi qu'elle prend beaucoup plus de temps que l'année d'avant pour se reposer et s'écouter. L'expérience précédente semble avoir permis à Mme B d'appréhender différemment la grossesse, sous-tendue probablement par une vivance de culpabilité. Au deuxième entretien elle n'arrive pas vraiment à imaginer l'enfant qu'elle porte. Aux échographies la recherche de normalité semble être au premier plan. Néanmoins elle est aussi le support à des émotions qui sont ici traduits par l'humour et la drôlerie. Les mouvements du bébé sont agréables. Elle sent que son bébé réagit à ses caresses, même si elle nie l'aspect de communication, une forme de (proto)intersubjectivité se met en place « *Hier j'avais vraiment l'impression qu'elle me répondait. Je tapais et elle répondait. Je sais pas si c'était une réponse ou le hasard. J'ai du mal à imaginer que ce soit possible* ». Au troisième entretien Mme B a de nombreuses images et projections autour de ce bébé et l'intègre

à un schéma familial tentant de retrouver les traits de son conjoint et des ressemblances avec elle à l'échographie. On peut voir se mettre en place la préoccupation maternelle primaire prénatale : « *j'ai dû faire des efforts avec le diabète pour que le bébé ne soit pas en danger.* » Elle l'associe alors à une compétition sportive, un événement auquel on se prépare durement pour gagner à la fin. Lors du troisième entretien elle me dit s'être posé des questions suite à notre dernière rencontre sur le fait qu'elle ne parlait pas beaucoup au bébé, et semble gênée d'avouer qu'elle ne lui parle pas tant que ça. Les mouvements fœtaux sont interprétés par Mme B comme des signes d'inconfort du bébé. Ce qui veut dire qu'elle peut projeter un ressenti sur le bébé qu'elle porte, mais ce ressenti est plutôt d'ordre négatif. L'appréhension d'une relation entre elle et le fœtus est difficile à envisager. Lorsque je lui demande si elle se sent en lien avec lui elle ne parvient pas tout de suite à comprendre la question. Mme B se projette sur la rencontre avec l'enfant d'une manière positive mais non idéalisée, laissant la possibilité qu'autre chose advienne.

Vivances de honte. Des vivances de honte sont présentes dans le discours de Mme B tout au long de la grossesse. Elles se retrouvent notamment au travers de la question de l'alimentation qui cristallise chez elle l'angoisse de perte de contrôle sur elle-même. Elle dit ne plus avoir fait du tout attention, lors de la grossesse précédente après le diagnostic, et avoir pris 3 kg en deux semaines. Prise de poids qui s'est poursuivie pendant les mois suivants l'IMG. Alors qu'elle est sportive de haut niveau et habituée aux régimes alimentaires, elle sent qu'elle ne peut plus rien contrôler. Elle a un diabète gestationnel pendant la grossesse actuelle et est alors contrainte de faire attention. Mme B exprime très fortement des sentiments d'échec au cours des entretiens. « *... un sentiment d'échec après on se relève et on repart... dans le sport de haut niveau tu as des échecs et tu te relèves et tu repars...* ». L'expression de la blessure narcissique se poursuit au second entretien : « *j'avais une vision très négative de moi-même* ». Cette faille est alors projetée et renvoyée par son entourage : « *ils sont vigilent. Un peu trop au début, j'avais l'impression qu'ils me faisaient pas confiance* ». Comme si Mme B n'était pas ou plus capable de maintenir une hygiène de vie pour protéger le bébé, comme si elle ne pouvait pas être une bonne mère pour ce bébé qu'elle porte. Elle craint que l'allaitement ne fonctionne pas. Néanmoins, une restauration narcissique est possible au fil de la grossesse. À cet entretien, Mme B dit se sentir « *en forme et jolie... c'est gênant de dire ça!* ». Elle réussit finalement à se saisir du diabète et du régime forcé pour reprendre confiance en elle et en ses capacités de maîtrise du corps. Cependant, lorsqu'elle imagine l'accouchement elle craint de devoir avoir une césarienne, ce qu'elle vivrait, dit-elle, comme un nouvel échec.

Mme B ressent que pour son entourage ce qu'elle a vécu est « *délicat* » ce qui rend la communication difficile sur certains aspects. Ses collègues n'avaient pas « *osé* » l'appeler l'année dernière, il y avait donc dans l'expérience qu'elle vivait quelque chose qui empêchait la sollicitude des autres qui n'osent pas aller vers elle. Au moment de l'IMG Mme B a donc senti un mouvement d'exclusion du groupe.

Vivances de culpabilité. Au premier entretien, Mme B dit que la décision n'a pas été difficile à prendre bien qu'elle ait souhaité poser beaucoup de questions pour être sûre

de faire le bon choix. Elle dit néanmoins que l'assumer a été plus douloureux. La culpabilité concernant la pathologie est évoquée dans la crainte au départ d'y être pour quelque chose : « *au début oui j'ai posé des questions pour savoir si ... si c'était... Mon hygiène de vie ou quelque chose que j'avais mal fait par rapport à la grossesse...* » et l'idée d'une possible incompatibilité avec son conjoint faisait partie de ses interrogations. La maladie du fœtus pouvant alors être comprise fantasmatiquement comme une punition de l'acte de sexuel. Mme B exprime au cours des entretiens sa crainte de ne plus être femme, elle tient à ne pas être uniquement mère et souffre du refus de son conjoint d'avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse.

En conclusion, pour Mme B le vécu de **la grossesse précédente** était à un stade plus narcissique qu'objectal au moment de son interruption. Le fœtus/bébé mort n'avait pas encore acquis pour elle le statut d'objet externe et n'était pas investi comme autre sujet. Quelques éléments montrent que ce processus était néanmoins en cours. Dans un doublement mouvement, à la fois défensif mais aussi agressif, ce processus semble s'être bloqué lors du diagnostic. Au dernier entretien les représentations évoluent, le bébé mort peut être pensé comme un bébé, son enfant. Ce statut oscille toujours cependant avec celui d'un être secret et effrayant et nous ne pouvons conclure à une élaboration du versant objectal du deuil.

La grossesse actuelle est bien investie sur le plan narcissique. Les représentations et les rêveries autour de l'enfant à venir augmentent mais penser une (proto)intersubjectivité est angoissant et souvent nié par Mme B.

Les aspects narcissiques de **la honte** (perte de contrôle, sentiment d'échec) sont présents au début de la grossesse mais s'atténuent et peuvent alors être plus explicitement nommés. Les aspects objectaux de la honte (dévoilement, sentiment d'exclusion) sont quant à eux moins présents dans le discours de Mme B. **La culpabilité** est presque absente du discours de Mme B. Elle dit qu'assumer la décision a été douloureux et s'être demandé ce qu'elle avait pu faire de mal pour que l'enfant soit malade. Au jour du premier entretien ces vivances ne sont déjà plus présentes et n'apparaîtront pas. Éprouver de la culpabilité serait peut-être prêter au bébé mort une existence qu'elle cherche à mettre à distance.

Mme C



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme C est âgée de 33 ans. Elle est mariée et vit avec son mari depuis dix ans. Lui est âgé de 38 ans. Ils ont une fille de quatre ans. Mme C est l'aînée d'une fratrie de deux filles. Sa sœur a aussi une fille de trois ans. Elle est très proche de ses parents et de sa sœur ainsi que de sa belle-famille. La grossesse ayant donné lieu à l'IMG était souhaitée par le couple. Mais elle dit à plusieurs reprises qu'elle est arrivée très vite, si vite qu'elle ne s'y attendait pas. La suspicion de malformation a eu lieu lors de la troisième échographie. Il y a ensuite eu une IRM ainsi qu'une amniocentèse qui ont confirmé un syndrome avec complications cardiaques. L'IMG a eu lieu quinze jours après le diagnostic à 34 SA. Elle décide de voir le bébé, une petite fille et plus tard ils l'inscrivent sur leur livret de famille et la prénomment Johanna. Au moment de l'IMG Mme C donne l'impression à son entourage de « *bien encaisser* ». En réalité, elle a le sentiment de devoir être forte pour sa fille aînée et ne s'autorise pas à exprimer son abattement. Elle se décrit comme une personne ayant l'habitude de « *garder* » ses émotions.

La grossesse actuelle a débuté six mois après l'IMG, elle est enceinte d'une fille. Mme C aurait souhaité retomber enceinte tout de suite « *c'était ma seule... ma seule bouée de sauvetage* », mais son entourage l'a encouragée à attendre, et son mari lui n'était pas prêt.

Impressions cliniques. Lorsque je la rencontre pour la première fois elle est à 20 SA. Elle explique son souhait de participer à la recherche : « *Non mais ça fait du bien, j'ai dit à mon mari je veux le faire parce que... ouais déjà c'est une étude donc c'est bien aussi de... de.. contribuer à ça, de savoir un peu comment ça se passe, et comment chacun le vit, et aussi de le raconter c'est une manière de la garder vivante aussi un peu, dans ma mémoire, enfin dans les mémoires même si elle y sera tout le temps mais de prolonger un petit peu...* ». Le début du premier entretien est marqué par le déroulé du récit de toute la grossesse précédente, du diagnostic, et de l'IMG, comme si elle avait besoin de tout me raconter avant que nous puissions continuer. Mme C est une femme fine et élancée. Elle est agréable et je sens chez elle une fragilité dès notre première rencontre. Je suis étonnée de la façon dont elle exprime ses émotions : elle évoque des sentiments très forts mais l'expression de son visage ou physique n'est pas concordante. Je n'ai quasiment pas eu accès aux éléments d'anamnèse, la transparence psychique semblant peu à l'œuvre et une certaine inhibition affective étant notable chez elle. Nous pensons que des mouvements dépressifs sont à l'œuvre chez Mme C au cours de la grossesse, ce qui est confirmé par le score à l'EPDS.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Pour Mme C, avant l'annonce du diagnostic le fœtus/bébé de la grossesse précédente ne semble pas avoir pu être encore investi comme un objet en voie de se différencier. Les rêveries autour de lui sont quasi absentes et Mme C communique avec lui en pensées, c'est à dire comme si le bébé était un double, un personnage interne psychologiquement et non un bébé réel dans son ventre. Nous notons cependant qu'elle commencera à se projeter après l'annonce du diagnostic mais uniquement autour de la pathologie du bébé. La décision d'interrompre la grossesse est alors vécue dans des aller-retours entre un axe plus narcissique et un axe plus objectal. Il faut préserver le bébé de la

souffrance, mais pas à n'importe quel prix, elle veut éviter le foeticide dans son ventre, ce geste pourrait la toucher elle-même dans son corps et ne permettrait pas de différencier le bébé d'elle-même. Mme C a été choquée d'apprendre qu'il y aurait un accouchement. Dans son discours, Mme C enchaîne des représentations très douces et attentionnées vis-à-vis de ce bébé et des phrases d'une certaine violence « *j'avais qu'une hâte c'est qu'on me la sorte du ventre* », dans une ambivalence peu tempérée. Ils donnent un prénom au bébé – qu'elle me demande d'utiliser pour parler d'elle. Elle ne souhaite pas voir l'enfant au moment de l'accouchement mais revient sur cette décision et décide de la voir le lendemain. Elle ne souhaitait pas l'inscrire sur le livret de famille mais après l'avoir vue elle revient également là-dessus et l'inscrit une semaine après. Les différentes étapes proposées semblent donc avoir pu être pour elle des supports à la matérialisation de l'existence de l'enfant mais qui reste néanmoins un être non différencié d'elle et ne lui apportant aucun réconfort narcissique. Nous pensons que la rencontre, bien qu'ayant eu un sens dans la possibilité d'intégrer ce bébé dans la famille n'a pas permis en revanche de le faire advenir dans la réalité psychique de Mme C. Quand elle pense à elle, c'est toujours au bébé imaginaire qu'elle pense puisqu'elle imagine comment serait le bébé aujourd'hui alors qu'il serait mort à la naissance. Depuis l'interruption elle lui écrit sur un petit carnet, ce qui va dans le sens de l'idée du double. Au second entretien nous sommes proches de l'anniversaire d'un an. Elle a prévu de ne pas travailler, lui consacrer la journée et d'aller au cimetière avec son mari et les grands-parents. Elle dit avoir arrêté de l'imaginer telle qu'elle aurait pu être car elle trouvait cela trop douloureux. Elle a « *des flashes* » de l'image d'elle quand elle l'a vue. Elle préfère ces flashes que d'imaginer ce qu'elle aurait été. Cette image, dure, peu harmonieuse, sur laquelle la mort est visible est l'image réelle du bébé. Elle dit qu'il lui manque beaucoup, et ne pas l'oublier. Cette notion de manque est différente de l'entretien précédent où elle soulevait que le deuil ne comportait pas ce manque d'une personne qu'on a connue. Au troisième entretien, elle est allée avec son mari et leurs parents au cimetière à la date anniversaire de la naissance. Tandis qu'elle dit qu'en général elle n'accorde pas trop de sens au recueillement sur les tombes elle a ressenti le besoin de s'y rendre pour clore quelque chose, penser à elle ce jour-là, « *la voir* ». Elle est émue de se rendre à Thiais aussi parce que cela lui permet de voir l'arbre avec les mots d'autres parents, de se sentir en communion avec d'autres. Elle a imaginé « *si elle avait été là elle aurait eu tel âge* », niant à nouveau la réalité de ce bébé qui serait mort à la naissance. Elle ressent du manque et de l'amour à son égard. Elle est convaincue de ne pas l'oublier et que ses parents non plus et pense qu'il faut maintenant avancer.

Différenciation. Mme C a du mal à différencier les deux grossesses : « *j'ai l'impression de vivre le même film (...) j'espère que la fin se finira différemment. (...) c'est bizarre de revivre les mêmes événements* », ou encore « *c'est vrai que Johanna avait beaucoup de cheveux donc je pense qu'elle va **encore** arriver avec beaucoup de cheveux* ». Le sexe entre les deux bébés est le même, ce qui complique la différenciation, même si Mme C est consciente de la nécessité de les différencier. Chaque fois que nous la questionnons sur le bébé actuel Mme C fait un parallèle avec le bébé décédé. Lors du troisième entretien elle répète à plusieurs reprises qu'elle est confuse, que tout est « *un peu mélangé* ».

La grossesse actuelle. L'investissement de la grossesse actuelle et en particulier du bébé

s'avère très difficile pour Mme C. En effet, elle a très peur que « *tout s'arrête* » et l'angoisse est très forte. Lorsqu'elle ressent les mouvements fœtaux elle touche son ventre et parvient à prendre un peu de plaisir à ce contact et à se sentir rassurée. Elle ne peut pas en revanche y associer de pensée concernant le fœtus/bébé. Bien qu'elle sache que le bébé à ce stade reconnaît sa voix et entend les sons, elle ne lui parle pas. Elle arrive néanmoins à se projeter après la naissance. Elle pense qu'elle sera plus protectrice avec ce bébé et espère parvenir à ne pas l'être trop. Elle réfléchit au mode de garde. Au troisième entretien, l'angoisse revient très fortement et l'investissement du bébé actuel est toujours très compliqué. Le lien avec le bébé est presque absent. Elle se dit rassurée par les mouvements fœtaux et touche son ventre mais ne communique pas du tout avec le bébé. Des affects de rejet sont perceptibles dans son discours et l'image échographique n'est pas le support à des projections. Les projections sur le post-partum immédiat comme la rencontre avec l'enfant ou comment l'enfant sera les premiers mois n'est pas possible.

Vivances de honte. Chez Mme C, des vivances de honte sont présentes tout au long de la grossesse. La dimension de perte de contrôle apparaît au moment du diagnostic, elle se congèle et n'arrive plus à réagir, c'est « *la douche froide* » qui marque un arrêt brutal de la tempête pulsionnelle de la grossesse. Puis, tout se déroule « *comme un ouragan* », très vite. Mais à la fois, elle ne montre pas ses émotions, sa tristesse et donne l'impression à son entourage de « *très bien encaisser* ». Au deuxième entretien elle peine à investir la nouvelle grossesse évoquant son sentiment d'avoir l'impression qu'elle peut s'arrêter à n'importe quel moment, comme si elle pouvait ne pas contenir le bébé ou le lâcher à tout moment. Ces angoisses s'étendent ensuite à tous les aspects de la vie, elle craint les accidents, « *un peu peur de tout quoi* ».

Mme C relie le sentiment d'échec à celui de la faute et ne se reconnaît pas dans cette vivance. Elle se sent au contraire chanceuse de pouvoir retomber enceinte, faire un autre enfant. Néanmoins, elle ne peut retirer aucun bénéfice narcissique à la perte, qui reste tout au long de la grossesse « *l'épreuve la plus difficile de toute [sa] vie* ». Après le diagnostic, la vue de son ventre lui était insupportable « *j'avais mon ventre en horreur (...) je me cachais presque* ». Si la vivance de honte est très marquée dans cette exclamation, Mme C a aussi des vivances de honte signal, lui permettant d'éviter le sentiment d'intrusion et d'agression vécu dans la honte éprouvée. L'idée par exemple d'exposer aux autres la photo du bébé mort est impensable pour Mme C. Elle nous parle d'une personne qui a affiché la photo de son bébé mort dans son salon : « *je peux pas la mettre comme une photo de famille quoi, c'est tellement personnel et tellement insoutenable, on voit que c'est un bébé mort quoi, c'est un peu... glauque quoi je trouve de la voir en permanence affichée, c'est choquant (...) jamais j'oserai montrer ça à des amis. Jamais j'irai dire ah regarde j'ai pris Johanna en photo... je veux vraiment que mes photos elles restent pour moi et mon mari, c'est vraiment intime. C'est notre façon de la garder pour nous...* ». Au départ elle ne souhaitait pas l'inscrire sur le livret de famille car « *les gens n'ont pas besoin de savoir que t'as une enfant qui est...* ». Elle ne parvient pas à dire le mot « mort » ce qui appuie la vivance de honte à cet égard. La prise de conscience que le bébé mort est leur enfant lui permet de mettre de côté cette vivance de honte et d'inscrire le bébé sur le livret de

famille. Cependant, cette honte se poursuit à la grossesse actuelle. En effet, l'annonce de la grossesse est difficile, elle ne veut pas que la grossesse se voit, elle souhaite la garder pour elle. Au deuxième entretien elle voudrait dire quand on lui demande si c'est son premier enfant que c'est le deuxième mais expliquer qu'elle a perdu un bébé juste avant. Elle s'oblige à se taire, cachant ainsi la mort du précédent. Au troisième entretien c'est l'existence même de ce bébé mort qu'elle dissimule pour ne pas gêner les autres dit-elle. Le sentiment d'exclusion ou de décalage est très présent chez Mme C et se maintient jusqu'à la fin de la grossesse. Elle a le sentiment que son entourage fait attention à « *ne pas faire de gaffes* » vis-à-vis d'elle, où qu'il leur faut « *prendre des pincettes* ». Elle se sent détachée du groupe de collègues. « *Il y a un collègue qui il y a deux jours m'a dit "bonne année, ah bah toi ça va 2013 avec un heureux événement". Je dis "ouais mais c'est pas fait encore", c'est parti tout seul, même si je le pense. Et après je suis partie tout de suite avant qu'il rebondisse ou quoi mais pour moi... (...) après je me suis dit pourquoi t'as dit ça, c'est parti tout seul...* ». Nous pouvons sentir ici que Mme C a laissé paraître un sentiment tabou, celui que cette grossesse ne serait pas un si heureux événement, provoquant un raptus honteux. À la fin de la grossesse elle raconte : « *j'ai le sentiment de ... de m'isoler, dans le sens où j'ai envie de voir personne ça revient un petit peu ces derniers temps... j'ai plutôt envie de m'isoler. (...) Samedi il y a des amis qui viennent à la maison ... ça me stresse... j'ai pas envie, si je pouvais disparaître et revenir après ça serait super! je sais pas pourquoi. (...) Ça me met mal à l'aise, pas mal à l'aise mais j'ai pas envie de voir du monde. Même si c'est des gens que j'apprécie ...* ». Néanmoins, Mme C peut retrouver par moment un sentiment d'appartenance par rapport aux autres parents en deuil. Elle a participé à un groupe de parole : « *parce que je trouvais ça... plus simple pour moi de parler face à des gens qui avaient subi la même chose que moi et moins impressionnant que d'être en face à face* », qu'elle a cependant arrêté rapidement car elle ne se retrouvait plus dans le discours des « *nouvelles* ». Elle cherche autour d'elle des expériences similaires et se sent émue par l'arbre des souvenirs à Thiais : « *parce que il y a plein de parents qui ont traversé la même chose et qui laissent des petits messages, c'est commun en fait... ça fait quelque chose* ».

Vivances de culpabilité. Au moment de la prise de décision de l'IMG elle ne pleure pas « *j'avais pris cette décision et c'était comme ça, et même si c'était dur* », elle s'interdit d'en être affligée. Le moment pendant lequel elle parle de la décision est cependant le seul de l'entretien au cours duquel elle pleure : « *moi ce que j'avais plus de mal à assumer c'était de... de lui donner la mort quoi... hein... c'est vrai qu'en tant que parent, c'est... même si je sais que c'était... LA solution, mais... c'est plus ça la culpabilité (pleurs) désolée* ». Mme C cherche par tous les moyens à justifier son choix. L'annonce du syndrome est alors un soulagement car elle ne laissait plus la place au doute d'avoir pris la bonne décision. L'approbation de son entourage a été important pour assumer la décision de l'interruption. Cependant, les vivances de culpabilité sont toujours présentes, elle dit : « *au bout d'un moment il faut avancer et arrêter d'être tout le temps dans la tristesse et de s'autoriser d'être heureuse et de faire des choses marrantes* » ; la tristesse permanente serait alors comme une punition, pouvoir avancer serait un dépassement de

cette culpabilité.

Mme C ne dit pas avoir ressenti de culpabilité concernant la maladie, mais un sentiment d'injustice. Elle attribue la cause à Dieu et par déni « à la terre entière » ce qui l'empêche de ressentir de la culpabilité : « *je ne voulais plus aller à l'église. Mais voilà je n'en voulais pas à Dieu, je me disais que s'il m'imposait ça c'est que c'était comme ça c'est tout, donc je n'en voulais pas à la terre entière mais je trouvais ça injuste* ».

Au troisième entretien, on voit apparaître de la culpabilité vis-à-vis du bébé actuel relative au fait d'être angoissée pendant la grossesse et de ne pas réussir à penser à lui. Cette culpabilité accompagne un mouvement de prise de conscience de l'existence de ce bébé et des échanges entre elle et lui.

En conclusion, **le bébé mort** ne semble pas avoir pu être investi comme un objet en voie de se différencier. La grossesse précédente semblait plus investie sur un plan narcissique sans que l'investissement du bébé en tant qu'autre ne soit encore possible. Les représentations que Mme C a du bébé mort évoluent au second entretien, s'encrant plus dans la réalité, puis retournent à l'imaginaire au troisième entretien. Une forte confusion est à l'œuvre entre les grossesses et les bébés. Mme C ne parvient pas à investir **le bébé de la grossesse actuelle**, et la mise en place d'un lien s'avère impossible.

Chez Mme C **les vivances de honte** sont présentes au cours de la grossesse avec une augmentation de l'angoisse de perte de contrôle et du sentiment d'exclusion ou d'inadéquation et un prolongement du besoin de se cacher. **Les vivances de culpabilité** concernant la décision d'interruption sont présentes chez Mme C et s'atténuent au fil de la grossesse. Elle n'éprouve pas de culpabilité consciente concernant la maladie, l'attribuant à Dieu. Il apparaît au troisième entretien de la culpabilité envers le bébé actuel. Par l'expression de cette culpabilité Mme C laisse une place à l'existence psychique de ce bébé comme un être différencié, ayant ses besoins psychiques propres. La culpabilité est donc ici la marque d'une légère possibilité d'accès à un investissement objectal du bébé.

Mme T



Éléments d'anamnèse et histoire périnatale.

Mme T est âgée de 28 ans, elle est l'aînée d'une fratrie de trois. Son frère et sa sœur n'ont pas encore d'enfants. Elle est en couple depuis cinq ans avec son mari qui est âgé de 31 ans. La première grossesse était désirée et programmée, le couple attendait d'être dans une situation stable pour avoir leur premier enfant et était très content à l'annonce de celle-ci. C'est lors de la seconde échographie qu'un problème au cerveau est perçu. Ils ont rendez-vous 15 jours après pour vérification. Le diagnostic définitif se fait à Necker une semaine après par IRM. L'IMG a lieu à 26 SA. Elle a vu et tenu le bébé, le père était présent mais n'a pas porté l'enfant. Ils prénomment l'enfant Raphaël en référence directe à l'ange : « *c'était notre petit ange qui était plus là mais c'était quand même notre enfant donc ... puis c'était un prénom joli c'était pas non plus que pour ça* ». L'envie d'une nouvelle grossesse survient très rapidement, pour « *sentir qu'on avançait* ». Elle retombe enceinte cinq mois après l'IMG. Sur le plan médical la grossesse se déroule bien, jusqu'à 31 SA, elle fait une MAP (menace d'accouchement prématuré) l'obligeant à rester au repos et devoir arrêter son travail plus tôt que la date prévue.

Mme T se décrit comme une personne de nature pessimiste, qui a souvent besoin d'être rassurée sur le bon déroulé des événements. Au cours de la grossesse actuelle elle est effectivement très inquiète de la survenue d'un nouveau problème. Cette inquiétude a transformé son vécu de la maternité, qu'elle voyait avant comme « *quelque chose de beau* ». Néanmoins, l'angoisse n'entrave pas la préparation de l'arrivée du bébé, préparation investie affectivement par Mme T et son mari.

Impressions cliniques. Mme T adhère à la recherche et ne montre pas explicitement de résistances aux entretiens. Je la trouve très timide. Elle parle lentement, avec une voix assez faible et un discours peu productif. Un émoussement affectif est notable, elle pleure très peu pendant les entretiens et pourtant elle semble éteinte. Elle exprime peu ses émotions, dans l'évitement. Très souvent, lorsqu'elle aborde des vécus douloureux elle rit doucement, montrant ainsi des mécanismes de défense face aux affects de tristesse. J'ai eu peu accès à ses fantasmes ou à des éléments d'anamnèse, comme si la transparence psychique était peu à l'œuvre.

Principaux résultats

La grossesse interrompue. Au début de la grossesse précédente, Mme T dit qu'elle a senti une réelle différence entre avant les trois mois et après. Cette frontière souvent proposée comme celle où les risques de fausses couches précoces diminuent a constitué pour elle une barrière psychique à l'investissement du bébé en tout début de grossesse. Elle peut commencer à se projeter dans un futur avec « lui » et le sentir bouger très tôt, une fois les trois mois passés. Lors de la seconde échographie un problème est constaté au cerveau : « *le.. je sais pas le.. périmètre crânien enfin le cerveau était plus petit que la normal enfin vraiment, enfin il était vraiment plus petit et en plus il voyait pas très bien des éléments à l'intérieur en fait* ». La confusion entre périmètre crânien et cerveau laisse entrevoir les images que Mme T a probablement dû avoir à ce moment-là, comme si le fœtus perdait son aspect humain du départ. Pendant les quinze jours qui précèdent le diagnostic définitif, Mme T lutte intérieurement, soutenue par sa mère et son mari, contre un désinvestisse-

ment total du bébé. Lors du rdv suivant la microcéphalie est confirmée et la confusion persiste « *le cerveau enfin la tête enfin... le... ne grandissait pas beaucoup en fait et il voyait pas les éléments importants du cerveau ...* ». Bien que consciemment Mme T lutte contre le désinvestissement du bébé avant l'IMG, un lapsus laisse entendre qu'à partir de la prise de décision, investir le bébé en tant qu'autre devenait trop difficile : « *jusqu'au diagnostic et la décision non je le touchais encore et après ouais après la décision je pense que je me touchais* », probablement du fait de la culpabilité ressentie par rapport à cette décision « *j'avais l'impression de l'abandonner* ». Mais aussi du fait des représentations qu'elle en a à partir de ce moment-là : « *je me disais ça touche le cerveau donc si il a la tête très disproportionnée par rapport au reste du corps.. donc j'imaginai vraiment.. quelque chose... enfin affreux* ». « *Mais je me disais que c'est affreux de.. de vivre jusqu'à... enfin de passer... enfin oui je vivre jusqu'à, jusqu'au jour de l'accouchement, en le sentant, sachant que de toute façon ça allait s'arrêter.. c'était... enfin... c'était un peu insoutenable de sentir ça. Mais enfin heureusement c'est allé assez vite.* » Le vécu est si insoutenable qu'elle voudrait être endormie pour ne rien voir et ne rien sentir lors de l'accouchement. Même si cela n'est pas le cas, elle dose très fortement la dose de péridurale et est « *à moitié endormie* » du fait de calmants, atteignant ainsi un état qui lui permet de ne pas sentir la mort du bébé. Les représentations données par Mme T donnent l'idée d'un être d'un autre monde, prénom d'ange, un petit être vivant à l'aspect humain mais qui ne semble pas tout à fait humain quand elle en parle, qui fait peur (elle « *n'ose* » pas le toucher). Elle lutte contre cette idée, en détournant la représentation de la mort (« *on aurait dit qu'il dormait* »), en normalisant son aspect, voir l'idéalisant « *il était beau* » mais aussi en l'intégrant dans la filiation, par les ressemblances trouvées avec son mari, jusqu'à transformer la couleur de peau due au sang figé par transparence en signe de peau mate. Les représentations d'effroi et de peur qui régnaient autour de ce bébé malformé peuvent être nommées au cours de l'entretien. Voir le bébé les restaure narcissiquement et la représentation peut alors se transformer : « *puis quand on l'a vu c'est vrai que .. qu'il avait un aspect normal, c'était un bébé enfin.. il était même beau donc c'était.. c'est pas la même présentation que je m'en faisais après le diagnostic jusqu'à l'accouchement en fait (...)* le fait enfin... que se soit un vrai bébé enfin.. il avait un aspect normal, il n'avait pas de malformation, donc euh... enfin... ça rassurait quand même de se dire que... c'est c'est idiot mais ça rassurait de se dire que.. c'était quand même un vrai bébé enfin... ». La découverte du bébé se fait aussi par des sensation corporelle, elle le trouve chaud et se souvient de son odeur particulière. Avoir décidé de voir le bébé change finalement les représentations qu'elle en a, elle prend conscience de la nécessité d'élaborer un deuil. Alors qu'ils avaient décidé de ne pas l'inscrire sur le livret de famille ils vont l'inscrire quelques jours après l'accouchement. Mais c'est surtout la béance narcissique que Mme T décrit dans les semaines qui suivent l'accouchement. Entre sentiment d'échec et de culpabilité comme nous le verrons ensuite. Au premier entretien le mot « *enfant* » pour parler du bébé mort accompagne toujours l'expression de la culpabilité. Elle l'appelle surtout bébé mais au premier entretien elle a besoin de s'en justifier « *je sais que c'est un fœtus mais on en parle comme un bébé* ». Au second entretien on sent toujours cette balance interne entre les représentations qu'elle peut avoir de lui comme de leur bébé et d'autres représen-

tations plus floues. Les représentations sont légèrement sensorialisées puisqu'elle repense à lui « *quand [elle] le portait* », laissant tout de même une confusion entre portait dans le ventre ou dans les bras. Quand elle pense à lui au troisième entretien elle y pense plus en lien avec l'accouchement à venir et la corporéité apparaît de façon plus marquée lorsqu'elle dit se souvenir du « *moment où il est sorti* ». Elle revient de nouveau sur la ressemblance du bébé décédé avec son mari. Et le présente aussi comme le grand frère du bébé à venir. Elle me demande de l'appeler par son prénom, alors que c'était « bébé » aux précédents, et utilise elle-même son prénom pour l'évoquer au cours de l'entretien. Elle dit qu'en prenant conscience que le bébé à venir allait « *nous avoir comme parents* », elle a aussi réalisé plus fortement qu'ils étaient aussi les parents du premier bébé.

Différenciation. Bien que consciemment la fonction de remplacement soit déniée par Mme T, la différenciation entre les deux fœtus, les deux grossesses, n'est pas nette. Les angoisses qu'elle a concernant la grossesse actuelle touchent directement ce qui s'est passé à la grossesse précédente, et parce que le bébé mort ressemblait à son mari elle imagine que celui-ci lui ressemblera aussi. Cette représentation évolue au second entretien, elle peut envisager que le bébé à venir ressemble à l'un ou à l'autre. En dépassant le terme de l'IMG elle pensait se sentir mieux, passer un cap, comme elle avait pensé qu'elle passerait à autre chose une fois l'accouchement passé mais elle s'est au contraire sentie plus triste, elle a beaucoup repensé au bébé décédé et à la grossesse précédente. Cela montre l'importance de l'activité psychique de deuil. La confusion revient de nouveau concernant le choix des prénoms. Le prénom envisagé pour l'enfant actuel est « *Gabriel* », Mme T craint de se tromper car la sonorité est proche. Nous sommes plutôt marqués par le choix d'un deuxième prénom d'ange dont elle ne dit rien. L'ange Gabriel étant dans la tradition chrétienne celui qui annonce de bonnes nouvelles.

La grossesse actuelle. Concernant le bébé de la grossesse actuelle, au premier entretien Mme T l'imagine peu. Les représentations qu'elle en a sont complètement parasitées par sa peur d'une répétition : « *c'est affreux mais euh j'avais peur quand je le sentais pas qu'il soit mort. Puis après quand je le sens bouger, il me tape très bas.. je me dis que ça veut dire qu'il est orienté la tête en haut et les pieds en bas donc la tête est en haut donc elle est plus légère donc ça veut dire qu'il y a un problème au cerveau donc euh... Donc c'est vrai que j'interprète pas forcément.. enfin que je.. (rit) je m'inquiète en gros..* ». Au second entretien elle est toujours très touchée par les angoisses et les inquiétudes que la grossesse n'arrive pas à son terme, elle inhibe un certain nombre de projections, de préparations et donc de représentations. Elles émergent néanmoins, et elle peut commencer à s'imaginer avec lui, à se demander à qui il va ressembler, et à préparer concrètement sa venue. Au dernier entretien les représentations du bébé en tant que tel ne sont pas vraiment nettes, elles viennent en regardant des magazines ce qui donne l'idée d'une certaine impersonnalisation de cet enfant, qui n'a pas encore de signes distinctifs en dehors d'être imaginé comme « *calme* » ce qui nous fait associer sur un enfant qui ne prendrait pas trop de place psychique, pour ne pas dire un enfant mort. Les représentations d'eux en tant que parents et de vie de famille sont en revanche plus présentes et teintées d'affects positifs.

Alors qu'au premier entretien les mouvements du bébé de la grossesse actuelle ne sont évoqués qu'en lien avec la diminution de l'inquiétude, au second entretien émerge en pa-

rallèle l'idée d'un lien entre les mouvements du bébé et ce qu'elle fait. Les mouvements la rassurent toujours mais ils sont aussi source de plaisir. Au troisième entretien, la dimension de baisse de l'inquiétude est toujours présente mais l'idée d'une communication avec son bébé au travers des mouvements apparaît plus nettement. : « *parfois quand il bouge pas je pose ma main, j'ai l'impression qu'il réagit du coup aux caresses...* », ce qui est pour elle le signe d'une complicité émergente.

Vivances de honte. Chez Mme T les vivances de honte sont présentes au moment de l'IMG, ce dont elle parle au premier entretien, témoignant des enjeux narcissiques de la perte : « *bon après c'était une malformation du développement, c'était pas une malformation à la base de.. quelque chose qui était au mauvais endroit ou... Donc euh.. donc c'est pour ça [qu'elle n'a pas fait une fausse couche en début de grossesse]. Après il y a une sage-femme qui m'a dit aussi que.. c'est.. dans mon malheur ça m'a aussi rassuré parce qu'elle m'a dit que mon corps était aussi capable de porter des enfants donc c'était on va dire le côté positif. Bon après enfin maintenant je sais qu'il peut y avoir des.. (rit).. enfin des problèmes tout au long. Puis c'est vrai qu'en plus en en parlant, on se rend compte qu'on est pas... au début on a l'impression : « bah pourquoi ça nous arrive à nous ? ».. on sait pas qu'il y a des choses qui se passent mal en fait. On a l'impression qu'on est la seule personne à qui il arrive quelque chose aussi tard dans la grossesse mais en fait en en parlant, les gens nous disent : « ça nous est arrivé.. ma sœur ça lui est arrivé un truc comme ça.. ou.. » et on s'en rend pas compte... Même des personnes que je... que j'avais connu dans l'année et tout ça, il me fait : « bah moi ça m'est arrivé l'année dernière, ça m'est arrivé à huit mois donc euh.. ». On se rend compte qu'il y a d'autres cas et... qu'en fait on parle que de celles qui se passent bien en général.. donc euh.. et c'est vrai qu'en en parlant on se dit qu'on est pas.. qu'on est pas seul dans ce cas. Même si ça reste malheureux, ça rassure un peu ». Ces vivances s'atténuent ensuite au fil de la grossesse actuelle. Un rêve de perte de sang laisse transparaître au premier entretien l'angoisse de perdre de nouveau le contrôle sur son corps et de ne pas pouvoir retenir la grossesse. Au premier entretien, Mme T dit avoir vécu l'IMG comme un échec. Elle a besoin d'être restaurée narcissiquement. Le désir d'une nouvelle grossesse arrive rapidement du fait de ce sentiment d'échec. Par ailleurs, Mme T dit qu'elle a eu des craintes concernant les réactions de la famille de son conjoint, famille catholique, indiquant l'idée d'un acte transgressif qui amènerait les autres à porter sur elle un jugement de valeur. Le sentiment d'échec relié à l'IMG diminue au fil de la grossesse. En revanche, dans ses inquiétudes concernant le bébé à venir, elle craint de ne pas réussir à comprendre ce qu'il a quand il pleure, comme un déplacement de ce vécu d'échec, qui ne semble cependant pas envahissant. Lors de la grossesse précédente, au moment du diagnostic, Mme T ne veut pas en parler à son entourage et se sent très gênée par son ventre qui grossi. Au cours de la grossesse actuelle, le ventre qui grossi est source de satisfaction pour elle montrant que cette dimension de la honte ne se répercute pas à la grossesse suivante. La crainte de ne pas être « normale » et le besoin de réassurance concernant cette vivance sont très présents chez Mme T. Le regard des autres sur le fait de rentrer sans le bébé l'inquiète. Elle a peur de retourner au travail : « *je l'ai beaucoup appréhendé parce que je me suis dit que les gens vont pas osé**

me parler, me mettre à l'écart et c'est enfin le pire qui puisse (rit).. enfin de se sentir un peu exclu, on nous dit pas tout.. Et puis finalement ça s'est.. ça s'est plutôt bien passé ». Concernant la nouvelle grossesse, elle doit redémarrer pour que l'écart entre elle et le reste du monde ne se creuse pas d'avantage : *« même si on fait pas la course avec les gens en général mais j'avais pas envie que moi j'y arrive pas, que ça s'arrête là alors qu'à côté les gens continuent à vivre.. enfin ont des enfants.. on a aussi envie que ça marche pour nous (rit) ».* Elle sent que revenir sans bébé équivaut à régresser, à ne plus être dans le groupe dans lequel elle s'était projetée, celui des parents. Au second entretien la crainte d'être exclue au travail, d'être mise de côté du fait du nouveau congé maternité est forte et pourrait être comprise comme un prolongement de la honte ressentie au moment du retour après l'IMG. Au troisième entretien cet aspect de la honte n'émerge pas dans le discours de Mme T.

Vivances de culpabilité. Si la décision d'interrompre la grossesse est très claire pour Mme T et son conjoint, au premier entretien, elle énonce très clairement la culpabilité qu'elle a pu ressentir. Au second entretien Mme T ne revient plus du tout sur cette culpabilité qui est en revanche de nouveau énoncée au dernier entretien. Au moment du diagnostic Mme T s'inquiète d'abord concernant la cause, se demandant si c'est de sa faute, ce fantasme se poursuit à la grossesse suivante. Nous pouvons entendre une fantasmagorie oro-foecale de la scène primitive, avec une légère confusion entre appareil digestif et reproductif lorsqu'elle se demande si ce qu'elle a mangé peut avoir causé la pathologie du bébé. Elle trouve injuste que cela lui arrive alors *« qu'il y a des femmes pendant la grossesse qui boivent, qui fument tout ça et moi j'ai rien fait de tout ça ».* Bien qu'ils aient été rassurés par les médecins sur leur non responsabilité concernant la pathologie, ils décident de ne pas recommencer une grossesse avant d'avoir fini des travaux, du fait des produits possiblement toxiques, laissant apparaître que le doute n'est pas complètement dissout. Il n'apparaît plus aux entretiens suivants. Mme T exprime de la culpabilité vis-à-vis du bébé mort au premier entretien, d'abord concernant la décision d'IMG et son sentiment de l'abandonner par cette décision mais aussi par son désir d'une nouvelle grossesse. Cette culpabilité est refoulée au cours des entretiens suivant. À l'annonce de la grossesse suivante elle est contente et à la fois se demande si elle a le droit d'être contente. Cette culpabilité revient au troisième entretien *« je culpabilise un peu parce que.. enfin quand je suis je suis contente de l'arrivée de ce bébé je me dis : "lui il est plus là"... après enfin.. ce qui est arrivé c'était pas de notre faute... enfin c'est comme ça de toute façon on ne peut rien y faire... ».* Au second entretien, quand elle ne sent plus son bébé bouger elle se demande si c'est de sa faute, du fait de son alimentation ou de sa fatigue, comme un déplacement de la culpabilité qu'elle a pu ressentir concernant la malformation du bébé décédé. Au dernier entretien elle est plutôt préoccupée par ce que le bébé pourrait ressentir de sa tristesse, notamment car son conjoint lui dit de ne pas pleurer.

En conclusion, jusqu'à l'interruption Mme T a investi narcissiquement **la grossesse précédente** et des prémices d'un investissement objectal sont en place. Le processus s'arrête au moment du diagnostic. Mais voir l'enfant mort, et partager ce moment avec ses parents et ceux du père, permet de le relancer et d'inscrire l'enfant dans la filiation.

Ce processus se poursuit ensuite au cours de la grossesse actuelle. **Les représentations du bébé à venir** sont faibles et n'évoluent pas au cours de la grossesse, inhibées par l'angoisse et une confusion avec le bébé mort. Cependant elle peut fantasmer la vie familiale et préparer concrètement sa venue. Une (proto)intersubjectivité naissante apparaît aussi au fil de la grossesse et notamment au dernier entretien. Il y a donc une évolution des représentations du bébé décédé en même temps que grandissent des prémices d'intersubjectivité avec l'enfant à venir, mais les représentations de ce dernier sont en revanche entravées.

Mme T traverse des **vivances de honte** au moment de l'IMG qui se prolongent légèrement au début de la grossesse suivante mais qui s'atténuent ensuite. La nouvelle grossesse permet une restauration narcissique suffisante pour permettre un apaisement de la honte. **La culpabilité** concernant la cause de la maladie du bébé mort l'accompagne pendant un temps permettant probablement de subjectiver l'expérience et d'en atténuer l'impact traumatique. Elle semble cependant se déplacer sur la grossesse suivante pendant un temps puis elle s'atténue au profit d'une prise en compte des ressentis du bébé qu'elle porte et du lien qui se crée avec lui. La culpabilité d'avoir interrompu la grossesse est présente d'emblée, elle est refoulée lors du deuxième entretien et s'exprime à nouveau lors du dernier entretien.

Chapitre 7

Résultats transversaux

HG1 : Chez la femme enceinte suite à une IMG, l'émergence d'un investissement objectal envers le fœtus/bébé de la grossesse actuelle active l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé

HO1.1 - Au fil des entretiens on note une évolution de l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé

Nous dégageons plusieurs mouvements chez les femmes en ce qui concerne l'évolution de l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé.

Chez **Mme C, Mme D, Mme J, Mme F, Mme M et Mme P**, l'enfant imaginaire n'a pas été détaché du bébé mort, ce qui empêche l'accès à l'élaboration du versant objectal du deuil. Par exemple, Mme J commence à avoir des représentations objectales du bébé avant le diagnostic. Après l'IMG elle imagine son enfant en se disant ce qu'il aurait pu faire à tel ou tel âge. Mais au décours des entretiens avec la pédopsychiatre qui la suit, elle réalise que son enfant aurait été polyhandicapé, elle cesse donc de se l'imaginer et ne garde que l'image de la photo qu'elle a dans son téléphone. Elle ressent un manque important, mais qui est un manque d'ordre narcissique : « ... *j'ai toujours l'impression qu'il me manque quelque chose, qu'il manque euh... je sais pas si on pourrait dire un bras quelque chose.. voilà il me manque.. il me manque mon fils, mon fils me manque (...)* c'est bizarre en fait c'est comme s'il me manquait ... *je sais pas un... une partie de moi en fait, une petite partie de moi* ». Pour Mme C, avant l'annonce du diagnostic le bébé ne semble pas avoir pu être encore investi comme un objet en voie de se différencier. Les rêveries autour de lui sont quasi absentes et Mme C communique avec lui en pensées, c'est à dire comme si le bébé était un double, un personnage interne psychiquement et non un bébé réel dans son ventre. La rencontre, bien qu'ayant eu un sens dans la possibilité d'intégrer ce bébé dans la famille n'a pas permis en revanche de le faire advenir dans la réalité psychique de Mme C. Quand elle pense à son bébé mort, c'est toujours au bébé imaginaire qu'elle pense puisqu'elle imagine comment elle serait alors qu'elle serait en réalité morte à la naissance. Depuis l'interruption elle lui écrit sur un petit carnet comme un journal intime ce qui va dans le sens de la notion de double. Pour Mme F à l'inverse, l'investissement objectal

semblait en cours et a pu se poursuivre jusqu'à l'accouchement. Cependant, lorsque je la rencontre elle a appris le sexe du bébé à venir qui n'est pas le même que celui du bébé mort. La petite fille perdue cristallise alors toutes les idéalizations d'avenir, dans un déni de la pathologie. Elle n'a pas voulu regarder la malformation et a peur de voir aujourd'hui des photos qui pourraient lui donner une mauvaise image, préférant garder l'image idéale qu'elle en a. Avant le diagnostic, Mme P, porte plus le bébé de façon imaginaire, sans l'accès encore à son altérité. Le diagnostic précipite la nécessité d'un lien et d'une considération de l'altérité. C'est là qu'ils prennent conscience de leur statut de parents et elle essaye « *d'accompagner, de lui dire au revoir* ». La rencontre fait très peur à Mme P, du fait de l'aspect de l'enfant qu'elle n'imagine pas comme un bébé et de la confrontation avec la mort. Les représentations au moment de la voir alternent entre un bébé très différent de ses représentations, sur lequel ne peut pas projeter l'enfant imaginaire et un enfant qui vient au contraire s'inscrire dans la famille. La place psychique et symbolique accordée à cet enfant est compliquée pour Mme P. Elle garde de sa fille l'image qu'elle s'était faite en l'imaginant et non celle du bébé qu'elle a réellement vu ce qui évolue au fil de la grossesse suivante, elle l'imagine selon son souvenir. Elle énonce la difficulté à concevoir la réalité psychique de ce bébé et par là la difficulté de ce deuil. Non seulement ils ne l'ont vue que morte, mais en plus, sa présence n'était pas encore concrète lorsqu'ils ont appris le diagnostic. Le lien s'est créé à partir du moment où ils ont su que sa vie s'arrêterait ce qui donne une tonalité particulière à cet investissement. Un dernier exemple, dès le début de la grossesse, Mme M ne se sent pas sereine. Elle n'investit pas tout à fait la grossesse, ayant le sentiment d'avoir une « *épée de Damoclès* » au-dessus d'elle, ce qui pour autant ne bloque pas les rêveries du bébé imaginaire. L'annonce du diagnostic met brutalement un frein à la poursuite des représentations : « *quand on vous dit que votre bébé est condamné enfin globalement vous recevez un gros choc et vous essayez de vous protéger comme vous pouvez donc finalement moi ça s'est arrêté avec une représentation. . . j'ai arrêté de me la représenter, je ne pouvais pas mettre beaucoup de distance mais j'ai essayé d'en mettre d'une de façon temporaire* ». Elle décide de ne pas la voir expliquant qu'elle craint d'être choquée par l'image de ce trop petit bébé, et préfère gardée l'image fantasmée qu'elle a d'elle. Elle se demande si elle récupérera les photos de l'autopsie après la naissance du bébé suivant.

Mme G et Mme B avaient un bon investissement narcissique de la grossesse de l'enfant, qui n'a pas en revanche été investi de façon objectale ce qui n'évolue pas au cours de la grossesse suivante.

Chez **Mme A, Mme T et Mme S**, il y a une forte oscillation, qui se maintient tout au long de la grossesse, entre l'investissement narcissique de la grossesse et des prémices d'investissement objectal de l'enfant mort qui s'inscrit tout de même un peu plus dans la réalité en fin de grossesse, permettant l'accès à une possible élaboration du versant objectal du deuil. Mme S investi d'abord le bébé dans une relation d'objet orale, le surnom est « *petit-burger* », et elle dit « *on s'imaginait euh. . . lui faire des bisous partout puis le mang..* ». Elle se sent vite en lien avec le bébé. Elle a très tôt conscience d'une (proto)intersubjectivité naissante. Elle continue de lui parler après le diagnostic et aide le père à le faire aussi. Bien que le bébé soit très présent psychiquement comme un être

différencié, il ne peut être perçu comme un objet total, car il n'est pas sexué, son prénom n'est pas choisi, ils n'ont encore rien acheté pour lui. Ils décident de ne pas le voir, cette décision est tout de même difficile à assumer pour Mme S. De même elle ne l'a pas déclaré sur le livret de famille et se demande si elle va le faire, pour légitimer son existence. Les représentations de Petit-burger évoluent légèrement pendant la grossesse, Mme S commence à utiliser le prénom « elle » pour en parler. Les « idées et sentiments » se corporalisent, elle repense au passage du bébé lors de l'accouchement, lui donnant ainsi une réalité matérielle et non uniquement conceptuelle. Néanmoins, à la fin de la grossesse, il y a un retour à un investissement plus narcissique qu'objectal : « ... *je pense plus souvent à Petit-burger par rapport à moi que par rapport à lui enfin... je pense moins souvent par exemple à... finalement les seules choses que.. que j'avais vécu avec Petit-burger c'était dans mon ventre, les petits mouvements les... je pense moins souvent à ces échanges-là qu'à ce que moi j'ai vécu...* ». Pour Mme A, au dernier entretien, bien que la représentation du bébé soit « *une pensée positive* », cette pensée est plus du côté de la tendresse. Elle regrette de ne pas avoir pu accompagner sa fille lors de l'interruption, de l'avoir laissée partir nue. Chez Mme T voir le bébé la restaure narcissiquement et la représentation d'un bébé pas tout à fait humanisé peut alors se transformer « *Puis quand on l'a vu c'est vrai que .. qu'il avait un aspect normal, c'était un bébé enfin.. il était même beau donc c'était.. c'est pas la même présentation que je m'en faisais après le diagnostic jusqu'à l'accouchement en fait* ». Elle prend conscience de la nécessité d'élaborer un deuil. Alors qu'ils avaient décidé de ne pas l'inscrire sur le livret de famille ils vont l'inscrire quelques jours après l'accouchement. Au fil de la grossesse, la corporéité apparaît de façon plus marquée lorsqu'elle dit se souvenir du « *moment où il est sorti* ». Elle revient sur la ressemblance du bébé décédé avec son mari. Et le présente aussi comme le grand frère du bébé à venir. Au troisième entretien, elle me demande de l'appeler par son prénom, alors que c'était bébé aux précédents, et utilise elle-même son prénom pour l'évoquer au cours de l'entretien. Elle dit : « *Je me suis rendue-compte il n'y a pas longtemps que le bébé va nous avoir aussi enfin comme parents enfin c'est tout bête et.. c'est vrai que ça me refait penser à la grossesse de l'année dernière.. à... on se dit enfin qu'on était aussi ses parents tout ça... on a pas pu s'occuper de lui* ».

Conclusion HO1.1 - Au fil des entretiens on note une évolution de l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé :

Nous dégageons trois mouvements chez les femmes en ce qui concerne l'évolution de l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé. L'enfant imaginaire n'a pas été détaché du bébé mort, ce qui empêche certaines femmes de construire des représentations du bébé mort comme objet total et d'accéder à un ancrage dans la réalité de ce bébé (Mme C, Mme J, Mme D, Mme F, Mme M et Mme P).

Il y a une forte oscillation, qui se maintient tout au long de la grossesse, entre l'investissement narcissique de la grossesse et des prémices d'investissement objectal de l'enfant mort, qui s'inscrit tout de même un peu plus dans la réalité en fin de grossesse, permettant l'accès à une possible élaboration du versant objectal du deuil (Mme A, Mme T, Mme S). Mme G et Mme B avaient un bon investissement narcissique de la

grossesse et de l'enfant qui n'a pas en revanche été investi en tant qu'objet total ce qui n'évolue pas au cours de la grossesse suivante.

Nous notons que dans notre échantillon, avoir vu ou non l'enfant mort n'a pas d'impact sur l'évolution de l'investissement objectal à son égard.

HO1.2 - Il apparaît une différenciation entre le fœtus actuel et le fœtus décédé.

Chez Mme B, Mme C et Mme T la différenciation est compliquée et ne semble pas évoluer au fil des entretiens. Mme C dit par exemple : « *c'est d'autant plus difficile parce que... c'est une autre petite fille et... mais... mais moi je suis très contente, je suis très heureuse, mais... ça fait un petit pincement quoi... mais je suis contente mais ça réveille plein de chose en même temps... c'est vraiment un calque... (...)* c'est comme si ca faisait deux ans finalement que j'attendais cet enfant » ou encore « *c'est vrai que Alicia avait beaucoup de cheveux donc je pense qu'elle va encore arriver avec beaucoup de cheveux* ». Chez Mme T, l'anxiété est centrée autour d'une répétition de la même pathologie chez le bébé à venir. Par ailleurs, le choix des prénoms semble aussi indicateur d'une difficulté de différenciation, les deux prénoms se ressemblent beaucoup dans leur sonorité mais aussi car ce sont tous deux des prénoms d'anges. L'enfant mort est nommé Raphaël (ange guérisseur) et le second Gabriel (ange annonciateur). Chez Mme B à l'inverse, c'est le fait qu'elle ne parle presque plus du bébé décédé au fil de la grossesse. Au moment de l'annonce du diagnostic elle a fortement désinvesti le bébé, « *un fœtus* », qu'elle ne peut concevoir de déclarer, de prénommer ou d'enterrer. Au fil des entretiens elle ne revient pas vraiment sur ces représentations. Elle explique qu'elle ne veut pas que l'enfant actuel naisse le 24 ou 25 décembre parce qu'elle ne veut pas « *d'un Jésus* », arguant qu'elle est athée. Nous pensons alors à « Jésus le sauveur » et nous nous demandons s'il n'est pas possible de voir ici un lien avec la grossesse précédente. En effet Mme B ne la mentionne quasiment pas, si ce n'est concernant sa crainte que la salle d'accouchement soit la même. Chez Mme A, Mme F, Mme P, Mme D, Mme J et Mme M la différenciation se fait mais elle n'est pas simple et des éléments de confusion restent présents jusqu'à la fin de la grossesse. Mme F trouve que ses deux grossesses sont très similaires, compliquées, elle se sent fatiguée et a eu des nausées. Les similitudes entre ces deux grossesses lui font croire en début de grossesse qu'elle attend de nouveau une petite fille. À l'annonce du sexe du bébé, Mme F a été sidérée, ses projections se sont arrêtées. Bien que la différence des sexes lui permette de dire consciemment que cela différencie les grossesses, elle continue de trouver que les bébés bougent autant et de la même façon.

Mme P raconte un rêve au cours duquel elle accouche d'une petite fille : « *quand je me suis réveillée ce qui m'a le plus choqué en fait c'est d'avoir rêvé que j'avais une fille parce que... (retient ses larmes) Bah depuis le début de la grossesse je pense que c'est un nœud de confusion quoi c'est un truc... le fait d'espérer d'avoir une fille mais d'avoir en même temps est-ce que c'est parce que j'ai perdu ma fille que je veux une autre fille enfin... parce que la première fois je ne voulais pas spécialement avoir une fille en fait c'était pas... je ne voulais pas avoir une fille à tout prix quoi (petit rire triste). Et euh... cette confusion dans mon rêve ça m'a beaucoup troublé je sais que c'est un point de..... (silence)* ».

Mme D démarre la grossesse actuelle quasiment au mêmes dates, à 15 jours de différence, que la grossesse ayant donné lieu à la première IMG. Elle a le sentiment de revivre les mêmes choses au même moment, d'attendre l'enfant en pensant qu'il ne viendra pas, refusant de faire des modifications trop importantes dans sa vie comme de déménager. À chaque fois qu'elle parle du bébé à venir elle évoque aussi le bébé mort. Elle a du mal à renoncer à son premier bébé : *« J'ai peur de pas faire ce qu'il faut, de... de... qu'il trouve pas sa place euh... et qu'il ait l'impression de... jamais faire l'affaire... parce qu'il est dans le fauteuil de quelqu'un d'autre quoi »* dit-elle. *« Ca fait très longtemps que je suis enceinte, j'ai l'impression d'être enceinte depuis Léa en fait, il y a une espèce de... Là sur ces dernières années, sur sur ces trois dernières années, je crois que j'ai passé plus de temps à être enceinte que de pas être enceinte. Donc j'ai l'impression que la gestation est interminable. Que finalement tout ça, même si c'est des enfants différents, tout ça aboutira quand même à lui quoi. Donc... donc je sens que c'est pas du tout le même enfant »*. La différenciation entre les deux bébés n'évolue pas nettement au cours de la grossesse. Madame est très inquiète par la confusion qu'il pourrait y avoir entre les deux bébés pour elle et cherche continuellement à différencier les choses. Elle a beaucoup recours à l'intellectualisation comme mécanisme de défense, mais celui-ci semble plutôt adaptatif, car malgré la difficulté de différenciation il n'apparaît pas non plus une confusion dans le discours.

Au premier entretien Mme J raconte qu'elle a essayé de ne pas tomber enceinte dans les mêmes dates mais finalement les dates coïncident à un mois près, ce qui semble d'emblée marquer la nécessité inconsciente de ne pas différencier les grossesses. Au second entretien elle raconte qu'une fois le terme dépassé elle a eu un déclic, la nouveauté des sensations est positive pour elle. Les sensations des mouvements fœtaux du bébé actuel lui rappellent ceux de Rémy mais d'une façon qui semble bien différenciée, ce qu'elle exprime : *« Alors que ce bébé là il est pas du tout pareil, il a sa manière de s'exprimer (rit) donc non, non pour le coup je fais vraiment la part des choses c'est vraiment deux grossesses différentes et là de surplus d'aller au-delà du 6ème mois il y a d'autres sensations, plein d'autres choses que j'ai pas vécu avec Rémy, que j'ai pas vécu avec la grossesse de Rémy »*. Cependant à la fin de la grossesse elle dit sentir qu'elle aura envie d'avoir son bébé dans les bras en permanence et dit une phrase qui laisse penser que la différenciation n'est pas si nette : *« C'est dû à Rémy en fait. Je pense que j'ai pas eu mon bébé donc du coup... j'ai besoin de sentir mon bébé dans les bras »*.

Mme M distingue bien les deux grossesses, elle différencie celle de Justine car ses mouvements étaient très différents, beaucoup plus discrets. Néanmoins, la différenciation n'est pas si évidente et elle est préoccupée par la place de cette nouvelle grossesse par rapport à la précédente : *« tout se mélange on superpose les deux grossesses, c'est vraiment très étrange comme sensation, on a l'impression qu'on va répéter un schéma enfin c'est très bizarre... »*. Bien qu'elle soit convaincue, contrairement à son entourage dit-elle, qu'un bébé n'en substitue pas un autre, elle craint que la naissance du bébé ne lui renvoie l'absence de Justine.

Chez **Mme S** et **Mme G** une différenciation apparaît nettement au fil des entretiens.

Chez Mme S la confusion est très intense aux deux premières rencontres et évolue nettement vers une différenciation au dernier entretien une fois le terme de l'IMG dépassé. Elle positionne alors le bébé mort comme « grande-sœur », la distinguant ainsi du bébé actuel. Mme G trouve ses grossesses très similaires dans son vécu physique. Quand ils annoncent que c'est un garçon, dès la première échographie elle a un sentiment de déjà vu avec l'étrangeté que le sexe ne soit pas le même qu'à la grossesse précédente. Elle différencie cependant bien l'attente du bébé de la grossesse en cours et le deuil du bébé perdu. De la même façon la perspective de l'accouchement ne réveille pas en elle d'idée particulière de comparaisons, malgré l'unité de lieu elle sait que tout sera différent. Elle sent des différences dans les mouvements entre le bébé mort et le bébé de la grossesse actuelle. En dépassant le terme de l'IMG elle pense moins à la grossesse précédente puisqu'elle ne les compare plus. Au dernier entretien, elle marque dans son discours une différenciation entre les deux bébés, entre les deux histoires.

Conclusion HO1.2 - Il apparaît une différenciation entre le fœtus actuel et le fœtus décédé :

Chez aucune des femmes que nous avons rencontré la confusion dans le discours n'a été massive. La différenciation peut cependant s'avérer plus aisée au fil du temps (Mme S et Mme G) ou plus compliquée jusqu'à la fin de la grossesse (Mme B, Mme C et Mme T). La plupart des femmes ont le sentiment de revivre les mêmes événements à des périodes très rapprochées ce qui entraîne une certaine confusion dans leurs représentations.

Pour les femmes de notre groupe, le délai entre l'IMG et la grossesse, ou le fait d'avoir vu et/ou déclaré l'enfant ne fait pas varier la différenciation. Par ailleurs, parler du bébé décédé n'est pas un signe de difficulté de différenciation d'avec le bébé à venir, tant que ce n'est pas envahissant. En revanche, les trois femmes ayant plus de difficulté à différencier les enfants sont les trois femmes qui attendent un bébé du même sexe que celui qui est décédé. Les autres femmes s'appuient d'ailleurs beaucoup sur la différence des sexes pour élaborer au fil de la grossesse la différence entre les bébés. Les deux femmes ne connaissant pas le sexe du bébé à venir s'appuient sur leur ressentis corporels et proprioceptifs pour différencier les grossesses. Nous notons pour finir, la crainte chez beaucoup de femmes, souvent à la suite de leurs lectures sur l'enfant de remplacement, de confondre les bébés et de ce fait que l'IMG ait des conséquences psychiques importantes chez le bébé à venir. Ces questionnements sont parfois envahissants et dans ce cas entravent la différenciation. À l'inverse, lorsqu'elles sont tempérées, ces pensées peuvent accompagner les femmes dans la différenciation des deux enfants.

HO1.3 - Au fil des entretiens semi structurés l'évolution des représentations du fœtus/bébé de la grossesse actuelle sont marqueurs d'un investissement objectal croissant.

- **Le fœtus devient au fur et à mesure de la grossesse un être sexué dans la psyché maternelle.**

— Mme A : T1 : Elle sait que c'est un garçon T2 : Elle le sait, le nomme souvent « mon

garçon » mais difficulté à intérioriser que ce n'est pas d'une fille qu'elle va accoucher.
T3 : « c'est confirmé pour moi que c'est un garçon ».

- Mme B : T2 : elle la nomme parfois « elle », T3 : l'enfant a l'air bien sexué dans la psyché maternelle ce qu'elle confirme elle-même : « *ça y est je me suis mise dans la tête que c'était une fille* ».
- Mme C : T2 : elle utilise le pronom « elle » T3 : le pronom « il » revient à de nombreuses reprises
- Mme T : T1 : Elle sait déjà que c'est un garçon. Elle dit « il » et cherche des ressemblance avec le père.
- Mme F : T1 : Elle est très déçue que ce soit un garçon. Il n'y a pas de confusion dès le départ dans le genre mais T3 : s'affirme lorsqu'elle commence à pouvoir mieux l'accepter. « *Aussi ils nous ont montré ça dans tous les sens donc ça, ça va être un bon garçon apparemment (rit) ça elle l'a bien vu elle l'a montré 15 fois* »
- Mme P : T1 : C'est un garçon et il n'y a pas de confusion sur ce plan. T2 : lorsqu'elle parle seule au bébé elle l'appelle « bonhomme »
- Mme J : Elle ne souhaite pas connaître le sexe du bébé
- Mme M : L'enfant est d'emblé bien sexué dans la psyché maternelle
- Mme S : Elle ne souhaite pas connaître le sexe du bébé
- Mme G : T1 : l'enfant est bien investit en tant que garçon.
- Mme D : L'enfant est d'emblé bien sexué dans la psyché maternelle

En conclusion, pour Mme A, Mme B et Mme F le sexe est connu dès la première rencontre mais n'est pas encore vraiment intégré psychiquement par les femmes. Pour Mme A le sexe est différent que celui du bébé mort et la confusion qu'il y a entre les deux bébés en début de grossesse lui empêche de pleinement intérioriser le sexe du bébé. Pour Mme F, c'est la déception très forte, bloquant même les représentations, du fait que l'enfant soit un garçon, alors que le bébé mort était une fille, qui l'empêche d'intérioriser cette information. Pour les trois femmes le temps de la grossesse permet l'intégration psychique de l'enfant comme être sexué.

Chez Mme T, Mme P et Mme M et Mme G le sexe de l'enfant semble bien intériorisé d'emblée, dès le premier entretien il n'y a pas de confusion.

Mme C semble avoir bien intériorisé le sexe du bébé au deuxième entretien puisqu'elle n'utilise que des pronoms féminins, cependant, à l'entretien suivant elle utilise « il » à de nombreuses reprises, ce qui pourrait laisser penser que l'inscription sexuée de l'enfant est fluctuante chez elle.

Mme J et Mme S ne souhaitent pas connaître le sexe de l'enfant avant la naissance.

● **Le fœtus commence à être nommé par un prénom ou un surnom qui lui appartient**

- Mme A : « bébé » aux trois entretiens, mais elle le nomme « merveille » chez elle
- Mme B : T3 : Elle n'est pas encore prénommée mais elle est appelée par des surnoms.
- Mme C : T2 : Ils l'appellent « le bébé » ou « la petite sœur ». Pendant l'entretien elle utilisera surtout le pronom « elle ».

- Mme T : T1 : bébé T2 : le bébé, un autre bébé, le petit T3 : le bébé
- Mme F : Au cours des trois entretiens elle utilise le pronom il ou lui et les mots « bébé » ou « enfant »
- Mme P : T2 : Le bébé T3 : Le ou notre bébé
- Mme D : Au premier et au deuxième entretien elle fait référence à l'enfant par des qualificatifs qui indiquent sa place de second « deuxième enfant », « enfant suivant », « enfant d'après ». Ces nominations disparaissent au troisième entretien où il est en majorité nommé « cet enfant », « il », « l'enfant ». Entre eux ils l'appellent « chose 4 ». Elle me demande de l'appeler « l'enfant », pour elle le mot bébé est un mot moins conceptuel qu'elle n'arrive pas à lui attribuer.
- Mme J : A partir du T2 elle me dit qu'ils l'appellent soit avec un surnom « petit-chaton » soit avec son prénom. Au cours des entretiens c'est à partir du T3 qu'on voit une réelle évolution, elle dit « mon bébé » de nombreuses fois, alors qu'avant c'était uniquement « le bébé ».
- Mme M : Elle l'appelle « bébé », « ce petit bébé », « mon petit garçon » « notre petit garçon ». Au T3 ils ont déjà choisi le prénom mais elle ne veut pas l'appeler par son prénom avant la naissance.
- Mme S : A partir du deuxième entretien elle le nomme par un surnom : « James »
- Mme G : Au second entretien elle utilise souvent « ça » et une fois « machin », et surtout « il » ou « pépère ». Au troisième entretien plus « lui », « il » « bébé ». Entre eux ils ont donné un surnom au bébé « Poutic » depuis la première échographie. Elle m'en fait part mais ne l'appelle pas comme ça. Elle me demande de l'appeler « bébé ».

En conclusion, Mme A, Mme B, Mme J, et Mme G ont donné un surnom au bébé mais au cours de l'entretien elles le nomment « le bébé ».

Mme C, Mme T, Mme P et Mme F ne lui donnent pas de surnom. Elles l'appellent le bébé majoritairement.

Mme S lui a donné un surnom et l'appelle par ce surnom dès le deuxième entretien.

● **Des représentations du bébé à venir apparaissent au fil de la grossesse**

Chez Mme A, Mme C, Mme T, Mme P et Mme G, les représentations sont très faibles et ne progressent presque pas au fil de la grossesse. Chez Les quatre premières, l'investissement psychique du bébé décédé parasite l'investissement du bébé à venir comme objet différencié. L'objet interne n'est pas pour elles représenté par le bébé à venir mais par le bébé mort. En effet, chez Mme A, les représentations autour du bébé à venir sont très parasitées par l'interruption de grossesse et l'agressivité qu'elle ressent à son encontre. Elle pense beaucoup au bébé mort et peine à se représenter le bébé à venir. L'investissement de la grossesse actuelle et en particulier du bébé s'avère très difficile pour Mme C. En effet, une angoisse très forte que tout s'arrête est très présente. Des affects de rejet sont perceptibles dans son discours et l'image échographique n'est pas le support à des projections. Les projections sur le post-partum immédiat comme la rencontre avec l'enfant ou comment l'enfant sera les premiers mois n'est pas possible. Chez Mme T, les représentations du bébé

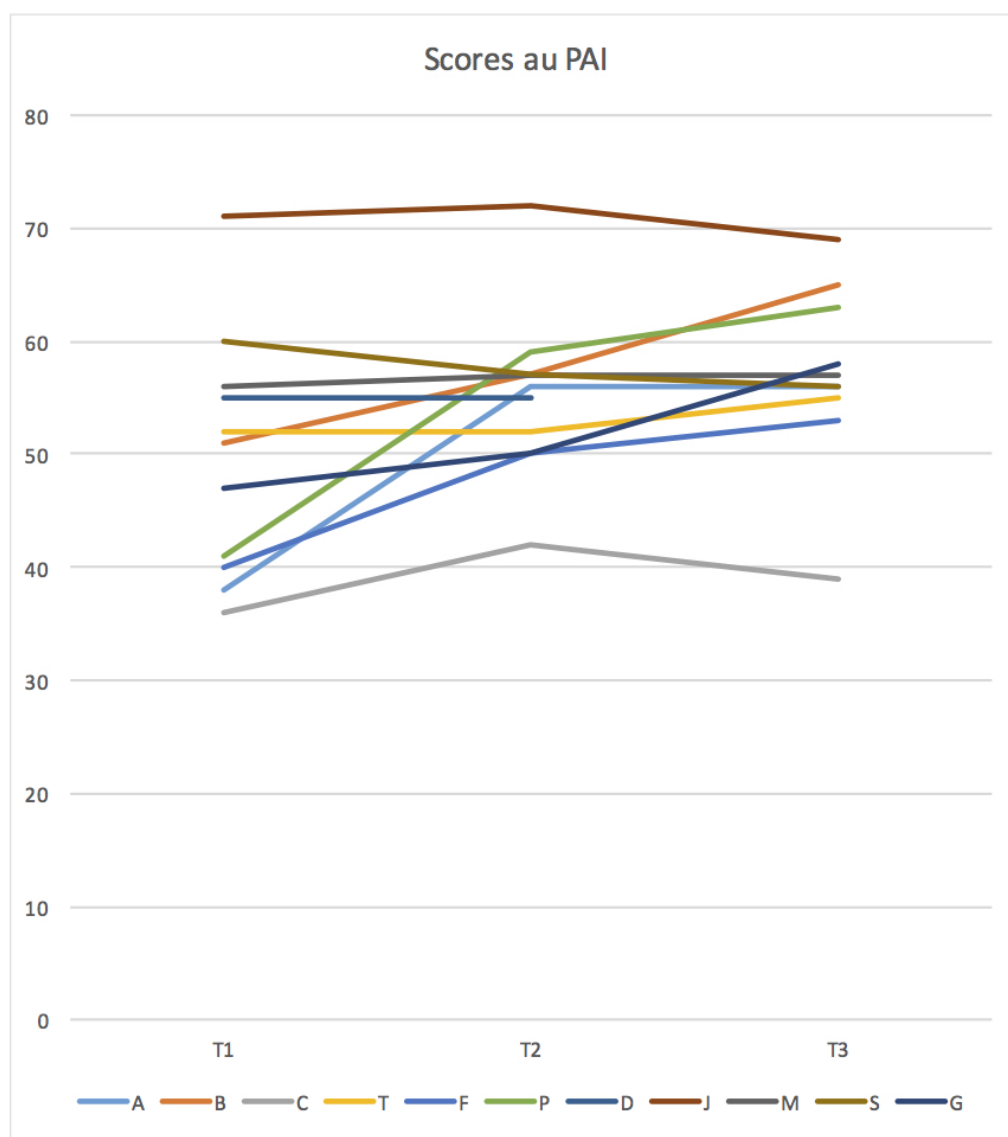
à venir sont faibles et n'évoluent pas au cours de la grossesse, inhibées par l'angoisse et une confusion avec le bébé mort. Cependant elle peut se projeter dans la vie familiale et préparer concrètement sa venue. Mme P est parasitée par l'image du bébé mort qui ne correspondait pas à ce qu'elle avait imaginé mais aussi qu'elle craindrait de remplacer si elle imaginait celle du bébé à venir. En revanche, les représentations d'elle en tant que mère évoluent et s'étoffent, d'une façon qui s'adapte bien à la réalité de ce qu'est l'arrivée d'un bébé. Pour Mme G, la grossesse actuelle est bien investie narcissiquement. En revanche peu de représentations du bébé à venir sont données dans le discours et Mme G a du mal à se projeter comme mère.

Chez Mme F, Mme D et Mme S les projections autour du bébé à venir sont plus présentes en fin de grossesse qu'en début, mais restent assez faibles. Pour Mme F, le sexe du bébé à venir n'est pas le même que celui de la grossesse précédente. Cela provoque chez elle un blocage des représentations et un clivage corporel. À mesure qu'elle accepte mieux le sexe du bébé les représentations réapparaissent mais elles sont centrées sur le bébé interne, elle sait dans quelle position elle est, peut lui prêter des goûts. Les représentations du bébé en tant qu'objet externe n'est pas possible. Chez Mme D, y a une évolution des représentations du bébé à venir et des projections, elles sont plus étoffées au fil de la grossesse. Néanmoins, l'angoisse et l'importance de la place du bébé mort dans la psyché maternelle sont jusqu'au bout un frein à un investissement objectal de l'enfant à venir. De la même façon, Mme S peut se représenter le bébé dans son ventre mais ne peut l'imaginer comme objet externe. Cependant l'image échographique lui permet d'imaginer que son bébé ressemble à son conjoint.

Chez Mme B, Mme J et Mme M, les représentations et projections augmentent au cours de la grossesse. Par exemple, Mme J qui ne peut pas se représenter l'enfant au premier entretien, dit au second trouver des ressemblances avec son conjoint aux échographies et imagine aussi son caractère, parfois comme le sien, parfois comme celui de son conjoint : *« au niveau du caractère ... je dirais peut être un petit peu comme son papa c'est-à-dire une personne très à l'écoute, qui est très ... qui écoute beaucoup au début et après qui... qui se lâche. Donc moi j'ai l'impression qu'il est un peu comme ça, que des fois quand on est dans un nouvel environnement, surtout quand on est en famille il y a toujours beaucoup de bruit et il est toujours à l'écoute, il bouge pas trop il écoute, il écoute il écoute beaucoup et une fois qu'on est rentré à la maison, qu'il y a que nous trois du coup voilà ça y est on est réveillé, on est content,. Donc j'ai l'impression qu'il est un peu comme son père, je pense que c'est un bébé qui sera très.. à l'écoute de l'autre j'ai l'impression voilà (rit) ». « moi je le trouve trop beau (rit) je le trouve trop beau et puis on voit qu'il a du caractère parce que des fois il se retourne parce qu'il est pas content, il se gratte le nez des petites choses comme ça. Moi je me gratte tout le temps le nez par exemple c'est des petites choses qui nous nous font écho bien sûr alors.. ça nous fait rigoler (rit) ». Ou encore, Mme B, pour qui aux deux premiers entretiens les représentations étaient compliquées exprime au troisième entretien de nombreuses images et projections autour de ce bébé et l'intègre à un schéma familial tentant de retrouver les traits de son conjoint et des ressemblances avec elle à l'échographie : *« je me dis aussi que ça va être une dynamique (rire)! avec les parents qu'elle a de toutes façons je pense qu'elle peut pas être autrement! Et puis j'ai pas**

envie d'une molle non plus donc ça me va bien. (...) je l'imagine comme j'aimerais qu'elle soit je pense mais après... (oui c'est à dire?) euh... au vu de ses deux parents sportive et pas très très grande je pense à moins qu'elle prenne de ma mère. Brune frisée je pense, enfin je pense, j'en sais rien! et voilà après... j'espère qu'elle aura pas... qu'elle sera pas comme on dit chez moi potiolotte qu'elle sera pas toujours amenée à devoir faire attention à son poids comme moi... voilà. Une bonne vivante quand même! (rire)... J'espère qu'elle va être éveillée! ... (c'est à dire?) ben souriante, voilà qu'il y ait des échanges. Après un bébé bon ça dort et... (rire) et puis... qu'elle apprécie de manger aussi. Sans être une goulue hein, j'espère que ça sera pas... c'est difficile les enfants qui mangent rien, voilà. Je sais que pour ma sœur ma mère elle en a un peu bavé ».

● **Le score au PAI augmente au fil de la grossesse**



Le score au PAI augmente chez 6 femmes (Mme F, Mme P, Mme M, Mme G, Mme A, Mme B). Il reste stable chez 2 femmes (Mme T, Mme D). Il diminue chez 3 femmes (Mme J, Mme S, Mme C). Les deux femmes chez qui le score est significativement au-dessous de la moyenne du groupe control au troisième trimestre (Mme F et Mme C) ont également des scores élevés à l'échelle de dépression EPDS à ce même entretien et sont les deux femmes ayant des scores indiquant un état de stress post traumatique à l'échelle PCLS.

Conclusion HO3 - Au fil des entretiens semi structurés l'évolution des représentations du fœtus/bébé de la grossesse actuelle sont marqueurs d'un investissement objectal croissant : En conclusion, chez quatre femmes (Mme A, Mme C, Mme T, Mme P), les représentations du bébé à venir sont bloquées par l'angoisse et la présence psychique forte du bébé précédent. L'objet interne, généralement représenté par le bébé à venir l'est pour elles par le bébé mort. Chez Mme G, l'investissement narcissique de la grossesse ne laisse pas pleinement la place à l'investissement objectal de l'enfant à naître. Chez Mme D, l'angoisse de perdre de nouveau le bébé entravent les représentations. Cependant, elles peuvent tout de même évoluer au cours de la grossesse et s'étoffer, avec l'aide de son conjoint. Pour deux femmes, (Mme F et Mme S) il leur est possible de se représenter le bébé dans leur ventre mais n'en parviennent pas à une représentation de l'enfant comme objet externe en fin de grossesse. Chez trois femmes enfin (Mme B, Mme J, Mme M), l'investissement objectal se fait progressivement au cours de la grossesse.

L'utilisation ou non d'un surnom pour le bébé à venir ne semble pas être la marque d'un investissement objectal du bébé.

Il n'y a donc pas de réponse univoque à notre hypothèse opérationnelle. Nous reviendrons sur ce point dans la discussion des résultats.

HO4 - Au fil des entretiens semi structurés l'évolution du lien au fœtus/bébé de la grossesse actuelle sont marqueurs d'une relation d'objet naissante.

Chez **Mme A, Mme T, Mme J, Mme M, Mme S, et Mme G** une relation (proto)intersubjective se tisse avec l'enfant à venir. « *Parfois quand il bouge pas je pose ma main, j'ai l'impression qu'il réagit du coup aux caresses...* » dit Mme T. Mme G qui d'une certaine façon ne s'était pas autorisée à sentir les mouvements de son bébé avant que son conjoint ne puisse aussi les sentir peut dire en fin de grossesse : « *je sens assez facilement que quand je suis crispée il est crispé enfin... alors c'est plus le ventre qui est crispé mais du coup sa posture aussi change. Dès que je me détend, ça détend le ventre et.. et je l'imagine tout de suite mieux en terme de.. enfin dans mon ventre. (...) y a ce côté complicité et lien de détente (...) Donc quelque part oui je sens, c'est un peu le côté haptonomie, où on peut avoir un effet sur la posture et puis à la fois non, évidemment je ne sais pas quand il va donner un petit coup, évidemment je sais pas ça. Il y a ce côté où on sent bien qu'il y a un petit être autonome et indépendant qui évolue en soi et voilà il fait sa vie donc ... ça connecte bien ça va* ». Mme S dit : « *j'essaie souvent de me toucher le ventre, de le toucher, de le sentir et donc de le faire un peu bouger.. enfin voilà crée comme ça, de faire ce lien et puis je lui parle aussi un petit peu* ». Chez Mme M, les mouvements du bébé sont sources de représentations sur lui, mais aussi de mouvement ambivalents, qu'elle peut exprimer de façon détournée : « *il aime bien quand je mange aussi, il bouge comme un fou quand je mange. Ça c'est assez drôle. Donc voilà. Hier soir au restaurant il bougeait tellement qu'il y a des moments je savais même plus comment me mettre tellement qu'il me comprimait soit la vessie, soit l'estomac enfin c'était... je me*

tortillais sur ma chaise donc voilà. Et il est très très très actif le soir. Ça le soir c'est... c'est la fête. Bah du coup c'est sympa parce que mon mari il adore sentir son fils bouger ... donc il aime bien poser ses mains sur mon ventre ».

Chez **Mme B**, **Mme F**, **Mme P** et **Mme D** un lien s'établit entre elle et le bébé au cours de la grossesse mais sans qu'elle ne puisse l'appréhender dans la construction d'une (proto)intersubjectivité. Bien que Mme B établisse avec son bébé une relation, avec le sentiment qu'elle lui répond quand elle met sa main, elle rationalise en disant : « *Je suis pas très croyante donc c'est vrai que j'ai du mal à me mettre dans cet état d'esprit. J'ai du mal à imaginer que ce soit possible* ». Mme P est également dans cette dynamique : « *je vais plus mettre ma main sur mon ventre pour penser à lui quand il bouge ouais. Alors qu'au fond je pense qu'il doit bouger en dormant et être réveillé et pas bouger enfin c'est pas forcément lié à sa réceptivité à lui mais... oui c'est c'est je sais pas si c'est justifié ou non mais je prends aussi ça comme un signal de communication. Si il bouge pas je me dis que je ne vais pas l'embêter* ». Mme F touche son ventre quand le bébé bouge et lui parle mais ne pense pas que lui ait de réactions par rapport à elle. Mme D, quant à elle est très angoissée par les mouvements du bébé dans son ventre, elle a le sentiment d'avoir un Alien dans le ventre, et ne supporte pas de voir ses membres en relief. Elle se sent en lien avec le bébé mais ne conçoit pas de réciprocité possible : « *on est lié physiquement mais je pense pas qu'il y ait une relation affective réciproque. Je pense que c'est un têtard et que... et dans un truc un peu ouateux. En revanche, je pense que moi je suis... un peu toute seule à être attachée à lui quoi, à en tout cas à être dans un truc de construction d'attachement* ».

Chez **Mme C**, l'établissement d'une relation foeto-maternelle est impossible. L'investissement de la grossesse actuelle et en particulier du bébé s'avère très difficile pour Mme C. En effet, une angoisse très forte que tout s'arrête est très présente. Lorsqu'elle ressent les mouvements fœtaux elle touche son ventre et parvient à prendre un peu de plaisir à ce contact et à se sentir rassurée. Elle ne peut pas en revanche y associer de pensée concernant le fœtus. Bien qu'elle sache que le bébé à ce stade reconnaît sa voix et entend les sons, elle ne lui parle pas.

Conclusion HO 4 - Au fil des entretiens semi structurés l'évolution du lien au fœtus/bébé de la grossesse actuelle sont marqueurs d'une relation d'objet naissante.

Chez six femmes (Mme A, Mme T, Mme J, Mme M, Mme S, et Mme G) une relation (proto)intersubjective se tisse avec l'enfant à venir. Elles parlent au bébé et touchent leur ventre avec le sentiment de toucher le bébé. Elles perçoivent les mouvements du bébé comme une réponse ou une sollicitation à leur égard. Elles construisent avec leur bébé au cours de la grossesse une première forme de relation (proto)intersubjective.

Chez quatre femmes (Mme B, Mme F, Mme P et Mme D) un lien s'établit entre elles et le bébé au cours de la grossesse mais sans qu'elles ne puissent l'appréhender dans la construction d'une (proto)intersubjectivité. Pour Mme B, Mme F et Mme P, le lien est là et elles peuvent penser une (proto)intersubjectivité, cependant elles rationalisent et

s'en défendent très vite en imaginant que c'est uniquement leur imagination qui leur fait penser que l'enfant réagit à leurs caresses. Pour Mme D, l'angoisse ressentie lorsqu'elle sent le bébé bouger, comme un « Alien » dans son ventre, l'empêche d'accéder à une relation (proto)intersubjective avec lui.

Chez Mme C, l'établissement d'une relation foeto-maternelle est impossible.

Nous pouvons donc dire qu'une relation d'objet peut se mettre en place au fil de la grossesse avec le bébé mais qu'elle peut aussi être source d'une angoisse trop importante qui amène les femmes à la rationaliser et l'atténuer.

Nous notons qu'il n'y a pas de liens entre l'accès de la femme à des représentations du bébé comme objet et sa possibilité de développer une relation (proto)intersubjective avec lui. Cela nous surprend et nous y reviendrons dans la discussion.

Conclusion HG1 - Chez la femme enceinte suite à une IMG, l'émergence d'un investissement objectal envers le fœtus/bébé de la grossesse actuelle active l'investissement objectal du fœtus/bébé décédé.

En conclusion, nous pouvons constater que pour trois femmes (Mme A, Mme T et Mme P), les représentations du bébé mort évoluent au fil de la grossesse, sans acquérir pour autant un statut d'autre totalement différencié. Il y a un travail d'élaboration du deuil qui semble entraver l'accès à des représentations du bébé actuel sans néanmoins empêcher l'instauration d'un lien avec le bébé au cours de la grossesse.

Pour trois autres femmes, (Mme D, Mme J et Mme M), les représentations du bébé mort évoluent très faiblement au cours de la grossesse. À l'inverse, les représentations du bébé de la grossesse actuelle évoluent dans le sens d'une différenciation et de la prise en compte du bébé dans des échanges (proto)intersubjectifs. Excepté pour Mme D, chez qui la confrontation à de l'Autre en soi est trop angoissante et empêche l'accès à une (proto)intersubjectivité.

Pour Mme G et Mme B ni le bébé mort ni le bébé de la grossesse actuelle ne sont investis sur le plan objectal, la grossesse reste pour elles une expérience d'abord narcissique. Mme G a néanmoins accès à une communication avec le bébé de la grossesse actuelle. Chez Mme B, les représentations du bébé actuel évoluent par une différenciation du bébé décédé. Pour trois autres femmes (Mme F, Mme S, Mme C) il n'est pas possible de distinguer de lignes communes. Chez Mme C, les représentations du bébé mort et du bébé actuel sont figées et aucun accès à une relation foeto-maternel ne semble possible.

Chez Mme F, les représentations du bébé mort n'évoluent pas, le bébé de la grossesse actuelle peut être représenté dans le ventre mais pas à l'extérieur avec l'accès à une (proto)intersubjectivité mais dont elle se défend.

Pour Mme S, il y a simultanément une évolution des représentations du bébé mort et la prise en compte du bébé actuel dans une (proto)intersubjectivité.

Nous notons que ne pas avoir vu l'enfant mort n'empêche pas l'évolution des représentations et du lien avec le bébé lors de la grossesse suivante. Nous ne retrouvons pas non plus de lien entre l'élaboration du versant objectal du deuil ou l'évolution des représentations à la grossesse suivante et le terme de l'IMG ou le délai entre les deux grossesses.

HG2 : Lors d'une grossesse suivant une IMG, la femme traverse des vivances de honte.

HO 2.1 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers d'une angoisse de perte de contrôle sur soi ou sur son environnement.

L'angoisse de perte de contrôle s'exprime dans une petite mesure chez **Mme T, et Mme P** et pas du tout chez **Mme G**. Par exemple, au moment de l'IMG Mme P exprime des vécus internes de perte de contrôle sur elle-même qui sont passés par une expression somatique, elle est tombée dans les pommes au moment d'avaler les médicaments provoquant l'expulsion. Ces vécus ne sont pas exprimés ensuite pendant la grossesse actuelle.

Chez Mme B et Mme S le sentiment de perte de contrôle a été présent au moment de l'IMG et est exprimé au premier entretien puis s'élabore. Chez Mme B par exemple, c'est au travers de l'alimentation que se manifeste la perte de contrôle. Elle dit ne plus avoir fait du tout attention après le diagnostic, et avoir pris 3 kg en deux semaines. Prise de poids qui s'est poursuivie pendant les mois suivants. Alors qu'elle est sportive de haut niveau et habituée aux régimes alimentaires, elle sent qu'elle ne peut plus rien contrôler. Elle a un diabète gestationnel et est alors contrainte de faire attention. À la fin de la grossesse elle peut se saisir de ce régime forcé pour se sentir de nouveau en contrôle de son corps.

Chez Mme A, Mme C, Mme F, Mme D, Mme J, Mme M et Mme S l'angoisse de perte de contrôle a été forte au moment de l'IMG et se maintient au fil de la grossesse suivante. Face à une perte de contrôle totale sur ce qui se passait en elle, Mme A veut tout maîtriser autour d'elle au moment du diagnostic et de l'IMG. Elle est rattrapée par des vécus de perte de contrôle et de maîtrise sur son corps lors d'un épisode de saignements puis par de fortes angoisses de perdre pied au moment de l'accouchement. Mme C, Mme F, Mme D, Mme M, évoquent leur sentiment d'avoir l'impression que tout peut s'arrêter à n'importe quel moment, ce qui les empêche d'investir la grossesse, comme si elles ne pouvaient pas contenir le bébé, le lâcher à tout moment. Ces angoisses s'étendent ensuite à tous les aspects de la vie, elles craignent les accidents, « *un peu peur de tout quoi* ». « *on ne maîtrise pas tout mais euh... on... je pense que quoi qu'il arrive on se remet quand même en question... De même que là je ne serai pas tranquille jusqu'au bout, tant que je ne tiendrai pas mon bébé. Parce que j'ai toujours le doute qu'il y ait quelque chose qui... qui va pas* » dit Mme F. « *Vraiment l'impression qu'on était dans un monde hyper dangereux, tout à peu près pouvait arriver à n'importe quel moment. Un truc de précarité quoi sur ma santé même sur la santé des miens, sur ma relation avec mon compagnon. L'impression que tout pouvait se terminer à n'importe quel moment* » dit Mme D. Chez Mme J, ce sentiment de perte de contrôle s'exprime principalement par le corps, elle fait des malaises pendant la grossesse. « *... mon corps en général je le contrôle bien, j'aime bien faire du sport, j'aime bien euh.. et le fait d'avoir un enfant bah du coup moi je perds tous ces repères. C'est plus mon corps c'est plus... c'est plus moi en fait (...) je suis pressée qu'il arrive pour pouvoir vraiment avoir... contrôler mon corps* » dit-elle.

Conclusion HO 2.1 Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers d'une angoisse de perte de contrôle sur soi ou sur son environnement.

Le sentiment de perte de contrôle accompagné d'angoisse a été présent chez toutes les femmes excepté Mme G. Chez la majorité (Mme C, Mme F, Mme D, Mme J, Mme M) l'angoisse de perte de contrôle a été forte au moment de l'IMG et se maintient au fil de la grossesse suivante.

Chez deux femmes, (Mme B et Mme S) elle a été présente au moment de l'IMG et est exprimée au premier entretien puis s'élabore.

L'angoisse de perte de contrôle s'exprime dans une petite mesure chez deux autres femmes (Mme T, et Mme P) et pas du tout chez Mme G.

Le sentiment de perte de contrôle est plus intense chez les femmes qui se décrivent comme des personnes ayant l'habitude de maîtriser leur corps ou leur vie.

HO 2.2 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers d'un sentiment d'indignité face à l'idéal du moi ou d'un idéal extériorisé.

Chez **Mme F, Mme M et Mme D** le vécu d'échec est fort et se maintient tout au long de la grossesse. Le sentiment d'échec est fortement présent chez Mme F tout au long de la grossesse. Échec de ne pas avoir pu mettre au monde une petite fille vivante, échec d'être enceinte d'un garçon et non d'une fille, échec face au RCIU. Mme D dit : « *J'ai un vrai déficit de fierté quoi. Donc c'est pas la honte mais c'est quand même pas loin. C'est sur le fait que je sentais que j'avais besoin d'avoir l'impression d'être fière de moi, d'être fière d'un truc que je faisais. Que la plupart des mères trimballet leur enfant avec vachement de fierté « mon fils regarde comment il est beau », et que moi j'étais dans un truc où j'avais l'impression que la vie était devenue insupportable, j'avais envie de faire des beaux trucs, d'être fière de ce que je faisais* ». « *J'ai rêvé au moins 3-4 fois qu'avec mon compagnon tout explosait, je me retrouvais seule avec l'enfant ... vraiment dans un truc de vulnérabilité, paumée dans une espèce de truc miteux à Marseille avec des trous. Il y avait des trous dans les murs et dans le sol* », exprimant son sentiment de ne pas être contenante puisque pleine de trous et de ne pas mériter l'amour de son conjoint. Mme M exprime très explicitement son vécu d'échec : « *Alors de toute façon il y a une sensation d'échec, il y a une sensation d'échec en tant que mère.. parce que même si fondamentalement j'ai rien fait pour enfin.. j'ai pas bu, j'ai pas fumé, j'ai pas... j'ai pas pris de drogue, j'ai pas pris de médicament voilà.. n'empêche que quand même euh.. la femme porte de toute façon l'enfant. Donc elle porte.. pour moi elle porte naturellement une culpabilité, c'est pas anodin (...)* Donc je me suis sentie en échec en tant que mère.. je me suis sentie en échec en tant qu'image de mère c'est que je me suis sentie.. j'ai eu un déficit terrible de confiance en moi ... où je me sentais plus capable de grand chose, où ... j'ai mis du temps à me reconstruire, où j'ai mis du temps à me refaire confiance, mais il y a des moments où je me fais pas tout le temps confiance. Donc euh c'est en ce sens là que c'est un... où c'est un échec (...) Mais voilà c'est... donc sur le coup oui une sensation d'échec surtout quand vous voyez qu'à côté... tout autour de vous, toutes les

femmes tombent enceinte, toutes les femmes vont bien, toutes les femmes ont une clarté nucale normale parce que c'était un peu mon point de... de repère donc euh... Vous vous dites toujours « pourquoi moi ? et pourquoi pas elle ? ».

Chez Mme A, Mme B, Mme S, Mme P et Mme T, le vécu d'échec est fortement présent au premier entretien puis diminue au fil de la grossesse. « ... *un sentiment d'échec après on se relève et on repart... dans le sport de haut niveau tu as des échecs et tu te relèves et tu repars... (...)J'avais une vision très négative de moi-même* » dit Mme B. Au premier entretien, chez Mme T, dit avoir vécu l'IMG comme un échec. Elle a besoin d'être restaurée narcissiquement. Le désir d'une nouvelle grossesse arrive rapidement du fait de ce sentiment d'échec. Chez Mme S il y a un vécu d'échec très marqué en début de grossesse « *un sentiment d'échec en rapport à.. aux autres enfin par exemple à ceux que je connais.. enfin voilà moi j'ai pas réussi à avoir un enfant tout de suite quoi enfin parfois je me dis que rien ne va aller bien donc c'est pour ça c'est peut être un échec par rapport à.. à ce que d'autres peuvent vivre, ce sentiment un peu d'être moi finalement à la traîne (...). Je me dis parfois.. peut-être que les gens autour nous voient comme un couple.. à problèmes, ouais échec sur ce plan là parce que.. voilà parce que .. qu'on essaie depuis... bientôt ça fera 2 ans.. d'avoir un enfant au lieu de 9 mois au plus court (rit) mais ... donc oui parfois je me dis que d'un point de vue extérieur ça fait ça* »

Chez Mme J et Mme G le vécu d'échec est peu exprimé au cours des entretiens. Lorsque je demande à Mme J si elle a vécu comme un échec elle associe l'échec à la faute et nie sa responsabilité. Par ailleurs, elle dit que ce n'est pas un échec car « *l'enfant était beau* ». Elle dit craindre que son enfant ne l'aime pas, que cela peut arriver. En plus d'aspects projectifs, ce fantasme met en avant les aspects de manque de confiance en elle et en ses capacités à être une mère aimée.

Mme C n'exprime pas de vécus d'échec.

Conclusion HO 2.2 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers d'un sentiment d'indignité face à l'idéal du moi ou d'un idéal extériorisé Toutes les femmes, excepté Mme C, ont traversé un sentiment d'indignité, d'échec concernant le fait de ne pas avoir su mettre au monde un bébé en bonne santé. Nous notons qu'avoir des enfants vivants avant l'IMG ne protège pas des vivances d'échec. À l'inverse, excepté chez Mme C, les trois femmes de notre échantillon ayant déjà des enfants éprouvent des vivances d'échec très fortes et qui peinent à s'élaborer avec le temps.

HO 2.3 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers d'idées concernant ce qui est caché et ce qui est dévoilé.

Au cours du premier entretien Mme A nous raconte son vécu de l'IMG et nous donne là un exemple marquant de la question du laisser voir et du caché : « *ce qui est particulier quand vous arrivez, c'est qu'on vous fait arriver, c'était en novembre, c'était l'hiver donc forcément il fait nuit assez tôt, et on vous demande de rentrer à 19h pas avant, vous rentrez la nuit, on a l'impression qu'on vous cache, enfin... moi c'est un peu comme ça que je l'ai ressenti sur le moment. J'accouche à, c'est pas le cas pour toutes les femmes, mais dans mon cas, j'ai perdu les eaux à 3 h du matin, donc ça a été très vite et à 4h12, elle*

était sortie, donc tout ça dans la nuit, dans le silence, le calme, on longe les couloirs il n'y a personne, et puis après on vous rapatrie dans vos chambre et on vous laisse dans votre chambre. Ce que je peux comprendre bien sur. Et on vous fait ressortir le soir à 20h, parce que comme j'étais bien, il s'est trouvé que je devais sortir le lendemain, mais qu'on m'a laissé sortir à 20h, donc je rentre la nuit, je ressorts la nuit, entre temps je reste dans ma chambre, ou dans la salle d'accouchement ». Nous pouvons voir ici que le fait d'être caché est projeté, ce n'est pas elle qui se cache mais l'équipe qui pourrait avoir honte d'elle, qui la cache.

Mme C, Mme T, Mme P, Mme M, Mme S, Mme G disent qu'après le diagnostic elles ne veulent plus montrer qu'elles sont enceintes. Mme C dit par exemple : *« Je pouvais plus voir mon ventre ! J'avais qu'une hâte c'est qu'on me la sorte du ventre... Et je... C'était un peu difficile... de se trimballer ce ventre à la fin... (...) Je me cachais presque je voulais pas qu'on voit que j'étais enceinte parce que je savais que au bout du compte j'aurais pas mon bébé, et pourtant j'étais à la fin, presque à la fin... (...) donc finalement c'était plus ce sentiment de se renfermer... »*. Mme P est gênée par le fait que son ventre se voit de plus en plus *« J'avais pas envie que les gens de l'extérieur enfin les gens dans la rue enfin que les gens me posent des questions sur la grossesse parce que ça commençait à se voir vraiment beaucoup donc »*. Elle reste dans un milieu « protégé » où elle ne voit que des personnes *« qui étaient au courant »*. *« mon ventre a un peu grossi elle était toujours là et ne serait-ce que d'aller conduire mes enfants à l'école le matin en plus c'était en mai donc j'avais pas de manteau j'avais des t-shirts combien de fois les gens se sont arrêtés pour me féliciter c'est compliqué... dans l'imaginaire collectif c'est toujours un heureux événement ça peut pas être un malheur finalement. Je veillais quand même à m'habiller d'une certaine façon ou globalement je laissais peu de, je laissais pas les gens être avenants avec moi, j'étais très fermés, c'était une façon de me protéger, après les gens ne sont pas dupe. Donc c'était une espèce de torture »* dit Mme M.

Mme A et Mme M expriment un besoin de ne pas se montrer aux autres après l'IMG. Par crainte de leurs réactions, parce qu'elles ne veulent pas qu'on les voit. Mme M dit : *« je ne voulais pas aller un dîner organisé par des amis parce que je n'étais pas du tout en état d'affronter... c'était vraiment ça, affronter les regards parce que tout le monde savait ce qu'on avait vécu et moi je me sentais encore trop fragile j'avais envie d'être dans mon petit cocon tranquille avec mais livre mes enfants tranquilles (...) ça ne faisait que 15 jours enfin c'était tout frais... j'étais encore dans les suites de couches en plus on m'avait piqué cinq ou six fois pour la péridurale j'avais encore mal au dos j'avais encore le bleu de la perfusion enfin j'avais encore des signes physiques non je n'avais pas envie de daller voir mes amis »*. Mme F refuse qu'on prenne des photos d'elle enceinte pendant cette période.

Sans se cacher, **Mme D** exprime son sentiment de dévoilement de son intimité : Bien qu'elle nie ressentir de la honte elle exprime très explicitement et à plusieurs reprises son sentiment de devoir dévoiler quelque chose d'intime, quelque chose qui n'est normalement pas vu : *« j'ai une forme de malaise parce que je trouve que perdre un enfant, les, comme ça dans ces conditions là c'est un truc hyper intime. Mais vraiment hyper intime. Je trouvais ça, assez, je trouvais ça un peu violent de... que tout à coup ce soit exposé à un*

entourage professionnel, à un entourage de gens... C'est une anecdote, ça s'explique sur deux secondes c'est « ah ben tu sais quoi, elle a perdu son enfant à la naissance » je sais pas quoi. Et donc c'est juste une anecdote pour les gens mais c'est un truc hyper intime à vivre quoi. Et c'est un chagrin qui est hyper particulier à vivre, c'est un deuil particulier et et du coup, il y a un truc un peu exposé... à tout, à tout le monde, que qui parfois j'avais, j'avais l'impression d'être à poil devant les gens quoi, d'être sur un truc profond intime qui se résume en trois phrases mal comme ça, et que les gens ont l'impression d'avoir compris... Mais donc non, j'ai pas de honte ». Quand elle devait répondre aux personnes avec qui elle avait des contacts téléphoniques au travail, qui savaient qu'elle partait en congé maternité et qui lui demandent si c'est une fille ou un garçon : « Vous avez tous les collègues de bureau dans l'open space qui fait « ah putain ah ouais » Et, et c'est un vrai truc de malaise quoi. C'est pas honte parce que vous, vous cachez pas, mais vous, vous masquez la réalité ou vous la ou juste vous la grimée pour que socialement ce soit acceptable. Parce que vous pouvez pas dire à un pigiste « j'ai accouché d'un enfant mort, voilà, je suis très triste » c'est pas possible quoi ».

Cette honte se poursuit à la grossesse actuelle pour **Mme C, Mme F et Mme D, Mme M**. En effet, l'annonce de la grossesse est difficile, elles ne veulent pas que la grossesse se voit, elle souhaite la garder pour elle. Mme M a le sentiment de se sentir « *intrusée* » par sa famille et ses amis qui lui posent des questions sur la grossesse.

Conclusion HO 2.3 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers d'idées concernant ce qui est caché et ce qui est dévoilé.

Chez Mme F, Mme S, Mme P et Mme T la nécessité de se cacher est fortement présente au cours de l'IMG et diminue avec la nouvelle grossesse. Chez Mme J, Mme G, Mme A et Mme B, la nécessité de se cacher est moins présente d'emblée et disparaît au fil de la grossesse. Chez Mme C, Mme D et Mme M, la nécessité de se cacher est fortement présente au cours de l'IMG et se prolonge au cours de la grossesse actuelle.

Les femmes expriment le besoin de cacher leur ventre une fois que leur décision d'interrompre la grossesse est prise. Elles ne supportent pas que les personnes extérieures les voient comme des femmes enceintes heureuses alors qu'elles ne sentent plus enceinte ou en tout cas n'en sont plus heureuses. Certaines femmes évoquent aussi leur besoin de se cacher ou leur crainte à se montrer après l'IMG, leurs corps étant marqués d'une histoire qu'elles veulent garder voilée. À la grossesse suivante certaines femmes disent vouloir continuer de la cacher, de ne pas la montrer, ou se sentir intrusées par les sollicitudes de leur entourage, comme si la barrière protectrice de l'intime avait été effractée.

HO 2.4 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers de la perte d'un sentiment d'appartenance et par un sentiment d'inadéquation.

Le sentiment majoritairement exprimé est celui de provoquer de l'embarras chez l'autre lorsqu'elles parlent de ce qu'elles ont vécu :

Mme A : « *Pendant la préparation à l'accouchement je ne savais pas si je devais en parler. (...) Donc j'ai pu dire que c'était ma quatrième grossesse et que la troisième*

s'était mal terminée. Les larmes sont montées. La sage-femme a bien repris pour ne pas traumatiser les autres qui étaient surtout des primipares. Les fois suivante je ne suis pas revenu dessus ». Mme C « ... Mais c'est dur quand même de dire, enfin surtout au niveau professionnel, parce que tous les gens ils vous ont vue enceinte et vous revenez de congé maternité « alors ?! », donc ça c'est super difficile quoi. Ouais bah, je suis obligée quoi, « bah non finalement je l'ai perdu », donc voilà, après tout le monde est désolé et ils s'en veulent un peu d'avoir posé la question, mais bon je comprends hein c'est normal, moi j'aurais fait la même chose. Donc voilà et puis en fait, je sais pas pourquoi mais... je... j'ai... je... ça me dérangeait pas d'en parler aussi autours de moi quoi, qu'on me pose des questions sur ce qui s'est passé etc. mais en fait personne n'osait quoi, mais je comprends hein, mais personne n'osait, et du coup ça me faisait bizarre de revenir sans parler du bébé, de ce qui s'était passé etc. voilà et puis j'avais une autre collègue qui revenait en même temps que moi, qui était enceinte en même temps que moi, et qui avait accouché d'un petit bébé, d'un petit garçon, donc... tout le monde prenait des pincettes pour pas faire de gaffes, c'était... c'était un peu... c'est pas facile quoi... ».

Mme T a peur de retourner au travail : *« Je l'ai beaucoup appréhendé parce que je me suis dit que les gens vont pas osés me parler, me mettre à l'écart et c'est enfin le pire qui puisse (rit).. enfin de se sentir un peu exclu, on nous dit pas tout.. Et puis finalement ça c'est.. ça c'est plutôt bien passé ».*

Au moment du diagnostic Mme F ne veut plus voir ses amis et collègues et cela se poursuit après l'IMG. Elle doit se rendre à un anniversaire dans sa belle-famille et vit très mal cette obligation. Avant l'IMG, elle se sent mal en présence d'autres femmes enceintes, même si ces dernières sont aussi suivies au DAN (diagnostic antenatal). *« Maintenant il y a des gens qui prennent des pincettes mais en même temps dans le sens inverse qui n'osent pas nous voir ou qui n'osent pas nous dire quoi, ou qui n'osent pas machin, parce que, parce qu'il y a eu une interruption de grossesse. Effectiv... ben c'est, c'est délicat hein, mais il y a des fois ben... En même temps on peut pas vivre dans une coquille fermée non plus... Je suis aussi moi un peu entre les deux, 'fin, des fois j'ai pas envie, il y a des fois je... je me dis ben en même temps euh... Bon là ça va mieux, mais c'est vrai qu'il y a eu des périodes un petit peu difficile quand même »* dit-elle. Au cours de préparation à l'accouchement, Mme P aimerait pouvoir poser des questions sur son « cas particulier » mais qu'elle « n'ose pas » le faire, en particulier devant d'autres femmes enceintes : *« J'ose pas en parler trop non plus mais en même temps c'est aussi un autre problème d'en parler à des femmes qui sont enceintes je trouve. Bon là elles sont en fin de grossesse donc je pense qu'il n'y a pas de raison qu'elles comparent quoique se soit.... Peut-être aussi j'ai tord aussi de projeter (rit) ».*

Elles peuvent aussi exprimer le besoin de s'isoler, d'être seules et à la fois leur sentiment de solitude :

Au moment du diagnostic Mme G voudrait ne plus ressortir de l'hôpital où elle se sent contenue et où elle peut échanger avec d'autres personnes, car de retour chez elle elle n'est quasiment plus sortie de chez elle. Après l'IMG ils se replient sur eux et ne veulent plus voir leur entourage : *« ouais ça a bien duré deux mois et demi avant de revoir quelqu'un. Ouais avant ça n'aurait pas été possible ne serait-ce que physiquement ».* Elle trouve après-coup

que « dans la tempête quoi dans le chagrin peut-être que les gens se sont finalement moins exprimés de peur d'être maladroits en tout cas il y a eu plus de retenu ». Ils se rendent à la cérémonie du Père-Lachaise, et elle exprime le sentiment de ne pas se sentir à sa place : « je n'étais pas bien sûre d'être à ma place parce que le côté.. ça me faisait pas forcément du bien de partager ce moment-là avec d'autres quoi ... mais en même temps on était dans notre bulle aussi ». Alors qu'elle se saisit de toutes les aides proposées suite à l'IMG elle décide de ne pas participer aux groupes de parole : « s'il y a bien un truc que j'ai pas fait ici ça a été... on m'avait parlé justement des groupes de femmes et voilà ça c'est un truc que j'ai pas ressenti le besoin de... de faire ou d'aller. Peut-être aussi beaucoup parce qu'on a tout fait à deux et que c'est notre chagrin ».

Mme C : « le sentiment de ... de m'isoler, dans le sens où j'ai envie de voir personne ça revient un petit peu ces derniers temps... et euh... je sais pas je... j'ai pas envie... j'ai plutôt envie de m'isoler quoi. (...) Samedi c'est l'anniversaire de mon mari donc il y a des amis qui viennent à la maison etc. et pffff ça me ... ça me stresse... j'ai pas envie, si je pouvais disparaître et revenir après ça serait super! je sais pas pourquoi. (...) Ça me met mal à l'aise, pas mal à l'aise mais j'ai pas envie de voir du monde quoi. Même si c'est des gens que j'apprécie... ».

Mme P : Au troisième entretien le sentiment d'exclusion à la fois centrifuge et centripète émerge de façon plus marquée. « j'ai l'impression aussi que tout le monde euh... prenait un peu ses distances pas prenait ses distances (...) il y a une certaine distance, que... tout tout le monde avait peur aussi que ça se passe mal et euh... même inconsciemment même si on a été rassuré par les examens il y a un sentiment général, peut-être de ma part aussi peut-être de la part de mon mari de se protéger quoi enfin... ». Elle explique que son entourage ose moins lui poser des questions sur la grossesse en cours, la laissant dans un sentiment de solitude : « même s'il y a eu une mise à distance de ma part enfin moi je je porte ce bébé je vis avec enfin.. moi je vis la grossesse de toute façon quoi. Ça j'ai.. ce ce que je me disais à ce moment-là c'est euh j'ai l'impression que (semble gênée)... j'avais l'impression d'être seule avec le bébé voilà c'est ça ce que je me disais ».

A partir de l'annonce du diagnostic, Mme D reste chez elle, ne sort presque plus, et ne communique que par texto. Lors de l'entretien elle dit n'avoir pas encore complètement renoué avec son entourage : « pendant toute cette période là moi j'ai mis vachement de temps avant de... avant de prendre mon téléphone, d'appeler les potes, de renouer avec une vie, avec une sociabilité. J'arrive pas à totalement renouer même maintenant. Mais parce que je me suis arrangée pour ne pas le faire. J'avais quelques personnes très proches, avec qui je me sentais très proche et avec qui je parlais beaucoup mais je suis sortie, j'ai l'impression d'être vraiment sortie du circuit, j'étais pas branchée à internet ». Elle se sent même différente et éloignée de son conjoint « Moi j'étais hyper traumatisée parce que, pas traumatisée mais (se mouche) j'imaginai que... pour Olivier je devais incarner la mort la maladie, que je devais, qu'il devait me voir comme un ... comme la maladie, j'étais la maladie ». Elle se sent en décalage « moi je sentais que j'étais hyper décalée, sombre », « par rapport aux autres, tous les jeunes parents étaient en même temps, je sentais que je les glaçais. Que toutes les femmes enceintes me regardaient genre « putain merde ! ». Il y avait pleins de gens qui savaient pas comment m'approcher, je sentais leur malaise ».

D'emblée, Mme M fait des recherches dans la presse sur l'IMG. Elle se rend compte qu'il n'y a presque rien, que la grossesse est idéalisée dans les médias. Cela la met très en colère, colère qui ne diminue pas au fil des entretiens : *« il y avait un sentiment d'échec surtout en fait parce que... dans notre société on sublime tellement la femme enceinte, qui doit s'accomplir au travers de son bébé, dans une société où on parle très très peu de l'IMG mais j'ai... j'ai refait des recherches il y a pas longtemps on trouve rien sauf les forums ou les nanas s'épanchent...mais c'est pas ça que je recherche et voilà enfin quelque part je trouve que c'est encore plus compliqué de le vivre dans la mesure où il y a un tabou qui est mis dessus et finalement on est pas si libre que ça d'en parler et quelque part ça paraît presque déviant, enfin plutôt anormal voir morbide, quand on en parle... Je pense que ça renforce l'impression d'échec... »*. Elle se sent aussi en colère vis à vis de son entourage qui ne reconnaît pas suffisamment sa fille en tant que telle. Cette colère nous l'entendons comme une réaction au sentiment de se sentir exclue tout à coup de ces grossesses idéales présentées dans les journaux, de sentir exclue du groupe des femmes ayant un bébé qui va bien. Par ailleurs, elle s'isole, s'enferme subitement dans sa chambre et en parallèle se sent très seule pendant toute la période du DAN, incomprise par son entourage : *« on était déjà tellement désemparés, dans un tel désarroi que... que voilà on comprend pas trop l'entourage... (...) on essaye de leur donner quelques clefs, j'ai pas du tout l'impression qu'ils ai eu envie de prendre ses clés pour ouvrir un petit peu les portes et découvrir ce dans quoi on était embarqué c'est une déception qui se rajoute à une grande solitude est un grand désarroi donc voilà... (...) mais finalement je pense qu'ils ne trouveront jamais la bonne attitude et les bonnes réponses parce que c'est tellement incongrue comme situation c'était tellement bizarre et absurde »*. Mme M se rend au groupe de parole, mais là aussi, elle se sent très rapidement en décalage parce qu'elle a deux enfants vivants. Elle ne souhaite pas non plus faire les groupes de préparation à l'accouchement se sentant trop en décalage par rapport aux femmes primipares. Elle n'arrive plus à trouver sa place.

Les femmes peuvent également ressentir un décalage avec les autres femmes enceintes ou mères, qu'elles vive avec plus ou moins de difficulté. Pour Mme T, la nouvelle grossesse doit redémarrer pour que l'écart entre elle et le reste du monde ne se creuse pas d'avantage : *« je savais enfin je sais que ça va pas remplacer l'enfant qu'on a perdu mais... enfin j'ai besoin d'avancer et puis.. même si on fait pas la course avec les gens en général mais j'avais pas envie que moi j'y arrive pas, que ça s'arrête là alors qu'à côté les gens continuent à vivre.. enfin ont des enfants.. on a aussi envie que ça marche pour nous (rit) »*. Elle sent que revenir sans bébé équivaut à régresser, à ne plus être dans le groupe dans lequel elle s'était projetée, celui de parents.

Mme D se sent différente de ses amies, *« plus expérimentée, en tout cas d'avoir expérimenté un truc un peu limite quoi, un peu... qui fait que ben voilà, pour moi c'est différent, ça peut pas... je me sens pas seule pour autant quoi, mais euh... mais c'est vrai qu'on vit pas du tout les mêmes trucs »*. Elle ne veut pas suivre de cours de préparation à l'accouchement, se sentant trop en décalage par rapport aux autres : *« je l'avais pas trouvé très sympa quoi, le côté, tout le monde en couple, cette espèce de rivalité de parents modèles... Déjà j'en avais pas trop raffolé la première fois et en plus là je me dis, y aller un peu destroye comme on est assister à cet espèce de spectacle de couples qui viennent 2 par 2... j'ai*

peur que ça me soule un peu quoi. L'idéal ça serait presque d'avoir un cours de préparation à l'accouchement pour parents flippés ».

Conclusion HO 2.4 - Au cours des entretiens semi structurés la honte s'exprime au travers de la perte d'un sentiment d'appartenance et par un sentiment d'inadéquation.

La solitude, le sentiment d'inadéquation ou d'exclusion sont présents chez presque toutes les femmes (absent chez Mme J et présent a minima chez Mme B.). Il se manifeste par le sentiment de mettre mal à l'aise les personnes de leur entourage quand elles parlent de la perte du bébé. Personne n'ose plus leur parler disent-elles. Il se manifeste aussi par le besoin de s'isoler, de ne plus voir les amis qu'ils voyaient avant. Enfin, elles ont le sentiment de ne plus être comme les autres mères, soit parce qu'elles n'ont pas pu le devenir, soit parce qu'elles ont vécu une expérience trop différente qui fait tomber la naïveté qu'une femme enceinte peut avoir. Elles supportent alors mal les conseils de leurs amies enceintes ou mères.

Ce sentiment reste présent tout au long de la grossesse chez Mme C, Mme P, Mme D et Mme M. Il est fortement présent au départ puis s'atténue chez Mme A, Mme T, Mme F, Mme S et Mme G.

Conclusion HG2 - Lors d'une grossesse suivant une IMG, la femme traverse des vivances de honte

Nous avons recherché dans les entretiens les vivances de honte au travers de quatre axes : le sentiment de perte de contrôle sur soi ou son environnement, le sentiment d'échec, la dialectique du caché/dévoilé, et le sentiment d'exclusion ou d'inadéquation. Tous ces aspects se retrouvent dans le discours de femmes enceintes après une IMG, notre hypothèse est validée. **Le sentiment de perte de contrôle** accompagné d'angoisse a été présent chez toutes les femmes excepté une. Il est plus intense chez les femmes qui sont habituellement plus dans la tentative de maîtrise de leur corps et de leur environnement. Elles ont le sentiment de ne plus pouvoir contrôler, que la vie est dangereuse et ont une conscience très forte de l'imprévisibilité. **Le sentiment d'échec** est présent chez la majorité des femmes particulièrement centré autour de l'idée de ne pas avoir su mettre au monde un enfant sain. Nous notons qu'avoir des enfants vivants avant l'IMG ne protège pas des vivances d'échec. À l'inverse, excepté chez Mme C, les trois femmes de notre échantillon ayant déjà des enfants éprouvent des vivances d'échec très fortes et qui peinent à s'élaborer avec le temps. **Le sentiment de dévoilement** se retrouve au travers du besoin des femmes de cacher leur ventre une fois que leur décision d'interrompre la grossesse est prise. Elles ne supportent pas que les personnes extérieures les voient comme des femmes enceintes heureuses alors qu'elles ne sentent plus enceinte ou en tout cas n'en sont plus heureuses. Certaines femmes évoquent aussi leur besoin de se cacher ou leur crainte à se montrer après l'IMG, leurs corps étant marqués d'une histoire qu'elle veulent garder voilée. À la grossesse suivante certaines femmes disent vouloir continuer de la cacher, de ne pas la montrer, ou se sentir intrusées par les sollicitudes de leur entourage, comme si la barrière protectrice de l'intime avait été effractée. **Le sentiment d'inadéquation** se manifeste par le sentiment de mettre mal à l'aise les personnes de leur entourage quand elles parlent de la perte du bébé. Personne n'ose plus leur parler disent-elles. Il se manifeste aussi par le besoin de s'isoler, de ne plus voir les amis qu'ils voyaient avant. Enfin, elles ont le sentiment de ne plus être comme les autres mères, soit parce qu'elles n'ont pas pu le devenir, soit parce qu'elles ont vécu une expérience trop différente qui fait tomber la naïveté qu'une femme enceinte peut avoir. Elles supportent alors mal les conseils de leurs amies enceintes ou mères.

Les vivances de honte sont plus ou moins envahissantes selon les femmes. Au vue de nos résultats, nous retrouvons des aspects plus narcissiques de la honte (perte de contrôle, échec) et des aspects plus objectifs (besoin de cacher, sentiment d'inadéquation ou d'exclusion).

HG 3 Lors d'une grossesse suivant une IMG la femme traverse des vivances de culpabilité

HO 3.1 - Dans les entretiens semi structurés on trouve l'expression de vivances de culpabilité en lien avec l'acte d'interruption médicale de grossesse.

Chez Mme A, Mme B, Mme C, Mme T, Mme F, Mme D, Mme M la culpabilité concernant la décision d'interrompre la grossesse est clairement énoncée.

Mme A : « *Je vivais très mal à ce moment là le fait de donner la mort, pour moi je donnais la mort, c'était pas un acte d'amour (...) moi je le vivais très très négativement* ». Elle reparle plus loin de cet « acte » : « *J'ai pas pu la toucher par contre, ça je crois que ... et même après quand ils nous l'ont représenté l'après midi j'avais encore beaucoup de mal à la regarder, je la regardais mais en même temps j'avais la tête tournée. Et je crois que ça me renvoyait l'acte, l'acte que j'ai fait, même si maintenant je le vis mieux, sur le moment c'était je lui ai donné la mort, c'est moi qui l'ai tuée, donc j'avais du mal à la regarder.* » On voit ici que la culpabilité très forte ressentie à ce moment-là empêchait Mme A de créer un lien à sa fille, de s'en faire une image ou une représentation dans la réalité d'un enfant mort, qu'elle a « tué ».

Mme B : « *La décision a été rapide après c'est l'assumer, ça c'est difficile et douloureux* »

Mme C : En évoquant la décision qu'ils ont eu à prendre elle pleure, unique moment où les larmes monteront au cours de l'entretien : « *De prendre la décision pour elle quoi, de pas laisser faire la nature, (...) voilà c'était plus de décider à sa pla.. enfin décider de... du destin à sa place, et en même temps je sais en moi que c'était la meilleure solution. Mais voilà j'ai eu cette culpabilité, ouais c'est dur, de se dire que nous, parents, on fait mourir son enfant, c'est pas dans la logique des choses* ».

Mme T : « *JS : est-ce que le diagnostic et la décision ont eu un impact sur la manière dont vous pensiez à lui, dont vous l'imaginiez ? : Après... oui parce que je le disais enfin.. c'est qu.. c'est quand même nous qui décidons de le faire arrêter de vivre même si de toute façon à l'issu... donc euh.. oui enfin même si enfin même si... on était sûr de notre décision, on se disait que c'est quand même nous qui décidons... d'arrêter son cœur donc forcément on.. on culpabilise un peu... même si c'est notre enfant.. même si c'est notre décision... c'est.. enfin on est pas très à l'aise avec ça ...* » ; « *c'est pas une maladie où il y a un traitement... donc euh... si c'est ça de toute façon on arrête... c'était clair. Et puis heureusement on était d'accord tous les deux (petits rires)* » ; « *Même si on sait que.. enfin... on sait que c'était la décision la plus... raisonnable à prendre en fait, c'est pas facile de se dire que... j'ai un peu abandonné mon enfant en fait. C'est moi qui ai décidé de le faire arrêter de vivre.. et puis.. je le portais donc euh.. normalement je lui apporte tout... tout ce dont il a besoin pour vivre et tout ça donc c'est quand même moi qui ai décidé d'arrêter sa vie c'est pas... C'est pas facile de se dire ça* ».

Mme F : « *en fait on l'a tué quoi...* », « *C'est pas moi qui ai fait le geste je dirais que quelque part, indirectement on a donné notre accord, on a signé ses papiers..... (...)* c'est dur de se dire... *Que c'est nous qui l'arrêtons quelque part...* ». Elle exprime l'idée que le corps médical ne leur a pas laissé le choix ce qui facilitait la décision dit-elle : « *on*

ne nous a pas laissé le choix, on nous a dit, on nous a donné un papier et nous a dit voilà il faut signer la, et de toute façon, enfin on ne nous a pas laissé... quelque part c'est pas plus mal... je pense que ça doit être très dur de prendre une décision soi-même et de se dire qu'on interrompt pas... là de toute façon on n'a pas laissé le choix ». On sent chez elle un vrai conflit interne par rapport à cette décision : « au pire, au mieux je sais pas... j'aurai accouché à terme, et l'enfant n'aurait pas survécu... enfin c'est ce qu'on dit mais c'est vrai que c'est très dur à accepter »

Mme D : Décider d'interrompre la grossesse est un choix qui la place en position de mère. Elle se sent responsable de ce choix et ce sentiment l'aide à vivre la perte de son enfant de façon moins traumatique. Il semble que la culpabilité de l'interruption est présente tout au long de la grossesse mais d'emblée dans une forme maturative. Elle dit que l'élaboration du deuil ne se négocie pas de la même façon pour les femmes qui ont eu une MFIU : « le fait d'être responsable de l'enfant, de de de décider qu'on arrête le cœur quoi euh... fait que... il y a peut-être moins de colère (...) Même si ça fait mal aux dents il y a un truc qui je pense est plus acceptable... parce que vous avez agi, juste sur la... sur la la destinée de cet enfant là ». Pour elle, la décision d'IMG protège du sentiment de culpabilité qu'elle peut ressentir par ailleurs : « vu qu'il y a toujours un truc de culpabilité même s'il y a des choses qui vous encombrent, vous avez fait le meilleur choix possible. Il y a un moment on on vous a donné la possibilité de faire le meilleur choix possible. Et du coup ça vous fout dans un rôle de parent, et ça vous fout dans un truc de : comment je prends le mieux soin de mon enfant, qu'est-ce que je fais de mieux pour lui ». Dans un retournement, elle transforme la décision « hyper dure à prendre » en une source de fierté de ne pas avoir imposé cette vie à son enfant. Elle se demande néanmoins si elle n'éprouve pas une culpabilité inconsciente du fait de cette décision : « le fait que les autres me renvoient un truc de « te sens pas coupable », je me suis vraiment posé la question de « si ça se trouve je me sens hyper coupable et au fond de moi, et je veux pas le dire, je veux pas le cracher ». (...) j'ai souvenir il y avait plein de nanas qui se sentaient coupables. Du coup je me disais « si ça se trouve je me sens vachement coupable et je veux pas le dire. Je veux pas le cracher » et donc du coup, je m'invente une belle histoire de je me sens mère, voilà j'enjolive ». Au troisième entretien elle dit : « j'ai une forme... je me rends compte que j'ai une forme de culpabilité... je sais pas trop comment elle... je sais pas en quoi mais je le sens quoi... Je sens que... J'ai pas l'impression de me flageller et de me dire « c'est de ma faute », mais c'est ce qu'on disait la dernière fois. C'est à dire qu'en fait c'est... je me sens responsable de tout ce qui s'est passé. Enfin j'étais au centre de de la responsabilité dans le fait qu'on ait décidé d'arrêter le cœur, que cette enfant ne vienne pas quoi. Je me sens en charge mais... j'ai pas l'impression de me sentir coupable mais, je me sens responsable ».

Mme M : Le choix s'avère très difficile, car le bébé à ce stade de la grossesse va bien et la décision doit se prendre sur des statistiques : « C'est quand même compliqué parce que c'est un choix presque éthique et philosophique qu'on se retrouve à faire sur des statistiques enfin ça nous a valu quelques longues soirées de discussion très compliquées parce qu'on avançait pas nécessairement en même temps dans... la représentation de cet enfant savoir si on voulait poursuivre la grossesse ou pas c'était compliqué » La décision est porteuse de

culpabilité : « *Parce que c'est quand même compliqué d'avoir le droit de vie ou de mort sur son enfant. C'est un choix déjà qui n'est pas naturel (...) c'est prendre une décision alors qu'on a pas eu de diagnostic clair, c'est quand même, enfin... (...) finalement il y a quand même une culpabilité terrible.. au début vis-à-vis de cette grossesse, vis-à-vis de la décision qu'on est en train de prendre, il y a un moment où on se demande si on prend la bonne décision, et si, il faut accepter de vivre avec. Tout ça c'est compliqué* ». Mme M répète plusieurs fois qu'elle est persuadée que la grossesse ne serait de toutes façons pas arrivée à son terme « *Peut-être que c'est un storytelling que je me fais pour me rassurer mais ça toujours été un sentiment que j'ai eu* ». Elle explique que la décision d'interrompre la grossesse était aussi une façon de reprendre une part active, de reprendre le contrôle de ce qu'elle vivait avec cette grossesse : « *Il y avait quelque chose que je ne voulais pas vivre c'était le fœticide, ... ça c'est pour moi c'était encore plus intolérable,.. et puis c'est surtout que je ne me voyais pas poursuivre cette grossesse avec l'épée de Damoclès sur la tête parce que j'avais le sentiment qu'elle allait s'arrêter d'un moment à l'autre, finalement je préférais être maître enfin, rester un petit peu maître, et puis l'arrêter relativement vite, c'était littéralement une torture à la fin, d'être enceinte* ».

Chez **Mme P, Mme J, Mme S et Mme G** la culpabilité d'interrompre la grossesse est présente mais n'est pas clairement énoncée.

Mme J : Elle se dit certaine du bienfondé de sa décision. Néanmoins, elle décide de consulter un représentant religieux, craignant que sa décision ne soit pas approuvée par Dieu. « *je me suis posée la question à un moment : « mais Dieu dans tout ça qu'est-ce qui... est-ce qu'il approuve ? est-ce qu'il approuverait notre choix ? »*. Donc j'ai téléphoné à un... on va dire à quelqu'un de l'église on va dire qui est haut placé qui connaît très bien on va dire euh.. la bible, la parole et tout ça et euh... qui m'a rassuré, qui m'a dit : « c'est bon Céline ». Voilà donc il m'a rassuré dans dans mon choix donc du coup pour moi, donc oui la dimension religieuse à... c'est très important pour moi mais pour moi Dieu m'autorisait à faire.. ce choix voilà ». Nous voyons par ce récit que la culpabilité est bien présente chez Mme J, elle est déplacée sur une instance divine représentée par une personnalité reconnue qui lui permet d'en diminuer l'impact. Elle préfère que le temps entre la décision et l'IMG soit court car elle craint de changer d'avis, montrant là encore l'ambivalence difficilement supportable de ce choix. Elle attend avec beaucoup d'anxiété le rendez-vous post-img pour que lui soit confirmé la gravité de l'état de son enfant, et la conforter dans la décision qu'elle a prise. Au second entretien elle raconte un rêve au cours duquel elle maltraite un enfant. Elle est très mal à l'aise de s'imaginer capable de telles atrocités dit-elle.

Mme P : Il y a une évolution au fil des entretiens dans sa prise de conscience de la culpabilité ressentie. Elle n'a employé le mot interruption que très tard, même après l'interruption. Elle avait bien compris que la grossesse allait s'interrompre, mais n'arrivait pas à assimiler la part active qu'elle prenait dans cette interruption. Elle imaginait d'ailleurs que cela se passerait sous anesthésie générale. La difficulté de la décision en elle-même est atténuée par l'idée que le bébé mourrait quoi qu'il arrive à la naissance ou très rapidement dans les suites. Cependant, le poids d'avoir à prendre cette décision est lourd pour Mme P « *D'avoir cette responsabilité là en fait. C'est pas que je pensais que c'était une mauvaise*

décision enfin... c'est Juste d'avoir ce ce.. rôle là, ce pouvoir-là quoi (larmes dans la voix) (long silence) ». C'est aussi compliqué pour elle d'assumer le fait qu'elle ait pris cette décision pour elle et non pour sa fille « Bien sûr je me disais que c'était dans son intérêt à elle mais je voyais bien aussi que c'était dans mon intérêt à moi (tout bas, chuchoté :) j'étais pas capable. (Plus fort :) J'étais pas capable de continuer à la porter (tout bas, chuchoté :) tout en sachant qu'elle était condamnée quoi (silence) ». Lors du second entretien Mme P raconte un rêve au cours duquel elle accouche d'une petite fille, elle se rend compte quelques jours après que le bébé est à côté d'elle à la maternité, l'infirmière, qui est décrite comme froide, « pas désagréable mais froide », leur dit qu'elle va bien. Quand elle la questionne sur ce bébé qui ne pleure pas, qui ne dit rien, l'infirmière lui explique qu'il restait du « poison » dans son ventre. « Ma première réaction c'est de me dire « mais ils me l'ont pas dit, ils auraient dû me le dire avant et euh... qu'il y avait un risque ou que... » Et euh... et dans ma tête c'était clair que ce poison c'était euh c'est euh ce qu'on a injecté pour tuer mon bébé quoi (sa voix s'affaiblie) le jour de l'accouchement ». Dans l'association libre autour de ce rêve elle relève le vécu de culpabilité. Elle se souvient m'avoir dit qu'elle n'en a pas ressenti et pense ne toujours pas en ressentir mais elle se questionne au travers de ce rêve sur l'existence d'une culpabilité refoulée. Au dernier entretien, Mme P imagine ce qu'elle pourra raconter à son enfant à venir de cette histoire. Le point le plus compliqué pour elle est de savoir si elle lui dira qu'ils ont eu le choix, c'est ce qui pour elle « n'est pas réglé » dans le vécu qu'elle a de l'IMG.

Mme S : La prise de décision n'a pas du tout posé question pour Mme S, ils étaient d'accord dès le début et ne sont pas revenus dessus. Le ressenti de « l'égoïsme » de cette décision est formulée par Mme S sous forme d'une dénégation. C'est pour elle et son mari une décision qu'ils ont prise pour ne pas mettre au monde un enfant qui allait souffrir et donc en pensant à sa souffrance à lui avant la leur. Elle raconte cependant deux rêves qui semblent mettre en exergue la culpabilité qu'elle peut ressentir concernant cette décision. Dans le premier, une amie à elle est enceinte d'un bébé porteur d'un spina bifida occulte et elle lui dit de garder l'enfant, de ne pas interrompre la grossesse : « c'était elle qui portait le bébé et c'est et en fait c'est elle qui a pris la décision enfin c'est elle qui devait prendre la décision parce que c'était son corps et que c'est elle qui portait le bébé et donc elle, elle disait « oui oui on le garde » et puis moi j'étais d'accord avec cet avis là mais c'était pas moi qui le prenait. Enfin c'est pas moi qui prenais la décision donc c'était un petit peu étrange comme rêve ». L'amie du rêve est une fille avec qui elle a partagé le vécu de la mort de leur père, puisque cette amie a perdu son père quelques années après elle. Le rêve qu'elle raconte dans la foulée « j'étais enceinte je crois et je savais pas trop si j'étais dans une maternité ou une sorte de pensionnat, ça faisait un peu old-school, voire une prison, je sais pas c'était pas très clair cet endroit.. ». Elle ne se souvient pas du reste du rêve mais cette confusion entre la maternité et la prison met en exergue les vivances de culpabilité qu'elle peut vivre inconsciemment.

Mme G : Au premier entretien, Mme G explique que la façon dont la neurologue présente la pathologie et l'IMG laisse entendre à Mme G que ce n'est pas un choix, une décision à prendre mais une évidence : « elle a vraiment précisé que l'ensemble du corps médical

s'était réuni qu'ils avaient évoqué tous ensemble le cas de de.. de notre petite fille et que que enfin... elle nous a pas demandé ce qu'on voulait faire quoi. Elle a dit qu'on allait effectivement devoir interrompre cette grossesse » ; « j'avais besoin de savoir de... de me dire que personne ne doute... un seul instant qu'on a eu le choix ou.. pour pour moi on a pas eu le choix ». Elle nie toute culpabilité et pourtant ce besoin de se dire qu'ils n'ont pas eu d'autre choix que d'arrêter la grossesse, alors que c'est une décision parentale, nous semble être marqueur d'une culpabilité impensable. La culpabilité semble plus niée, refoulée, qu'absente : « non pas du tout de culpabilité quoi. Hum. Et d'ailleurs moi quand j'en parle je dis qu'elle est née sans vie et euh... et c'est c'est vraiment comme ça que je le vois quoi », ce qui nie complètement l'injection, l'acte foeticide. Elle n'est cependant pas dans le déni de cet acte « je sais parfaitement qu'il y a un médecin qui est venu et qui a piqué dans mon ventre et qui a.. et voilà qui a... qui a arrêté son petit cœur quoi, il s'est pas arrêté tout seul. Donc ça je le sais. ». Ce n'est pas l'acte en lui-même qui entraîne le refoulement de la culpabilité mais le fait de l'avoir décidé.

Concluion HO 3.1 - Dans les entretiens semi structurés on trouve l'expression de vivances de culpabilité en lien avec l'acte d'interruption médicale de grossesse.

La culpabilité d'interrompre la grossesse est présente chez toutes les femmes. Elle peut apparaître d'emblée dans le discours conscient (Mme A, Mme B, Mme C, Mme T, Mme F, Mme D, Mme M) ou apparaître dans le discours latent notamment au travers de rêves (Mme P, Mme J, Mme S et Mme G). Malgré qu'elle puisse être déniée ou refoulée, elle est bien présente. Pour certaines femmes cette culpabilité est envahissante et a un fort impact négatif sur les affects qui concernent l'IMG, surtout au début de la grossesse suivante (Mme C, Mme A, Mme F, Mme T). Pour d'autres (Mme D, Mme M), décider d'interrompre permet de se sentir responsable et donc active dans un événement qui met à rude épreuve les parts actives du psychisme confrontant comme nous l'avons vu à un sentiment de perte de contrôle sur soi ou son environnement. La décision d'interrompre peut alors se constituer comme une possibilité de diminuer l'impact traumatique de la perte du bébé. Nous ne trouvons pas de lien entre la force et l'impact de la culpabilité concernant l'arrêt de la grossesse et l'accès des femmes à une représentation différenciée, d'objet total, de l'enfant mort.

HO 3.2 - Des fantasmes de culpabilité sont exprimés lors des entretiens, sur la cause de la maladie.

Mme B, Mme T, Mme J, Mme M, Mme S se sont posé la question de leur responsabilité dans la survenue de la maladie. Questionnement qui a pu les accompagner pendant un temps, permettant de subjectiver l'annonce et d'en diminuer l'impact traumatique.

Mme B : « au début oui j'ai posé des questions pour savoir si euh... si c'était... Mon hygiène de vie ou quelque chose que j'avais mal fait par rapport à la grossesse... » et l'idée d'une possible incompatibilité avec son conjoint faisait partie de ses interrogations. Ce qui nous laisse entendre l'idée de la maladie du fœtus comme punition de l'acte de sexuel.

Mme T : « la cause de l'anomalie, de la malformation c'était plus abstrait car on savait

pas trop. Après moi j'ai eu tendance à me dire est-ce que c'est quelque chose que j'ai mangé ou de quelque chose que j'ai fait enfin.. qui aurait pu... À ce moment là j'avais de la culpabilité d'avoir fait quelque chose de mal (...) quand c'était confirmé, il y a... enfin... un peu tout qui s'écroule enfin.. on se dit : « pourquoi est-ce que ça vous arrive à nous ? » enfin... enfin voilà qu'est-ce qu'on a fait pour mériter ça ? c'est vrai qu'il y a des femmes pendant la grossesse qui boivent, qui fument tout ça et moi j'ai rien fait de tout ça donc pourquoi ça m'arrive à moi ? [JS : Est-ce que vous vous sentez coupable aujourd'hui de ce qui est arrivé ?] Aujourd'hui non. Parce que j'en ai beaucoup enfin on en a beaucoup parlé... enfin je me rends compte que c'est pas ma faute même.. enfin après on sait pas ce qui s'est passé au niveau génétique si c'est une mutation ou quelque chose qui vient de nous donc on a pas.. même s'il y a une mutation on a pas décidé qu'il y ait cette mutation donc c'est pas... enfin c'est pas de notre faute mais voilà ». Mme J : « On fait toute la rétrospective, on se dit : « mais qu'est-ce que j'ai fait ? » on se repasse tous les jours, on se repasse toutes les heures. « Qu'est-ce que j'ai fait de mauvais ? » et euh oui on se sent coupable. Après quand... à l'autopsie on nous annonce que c'est... c'est un gène qui a muté et puis c'est tout ... ah c'est dur parce qu'on se dit « il y a rien qui a provoqué.. enfin « rien » voilà c'est la nature c'est.. » mais c'est comme ça ». La culpabilité semble donc avoir une fonction de subjectivation ce qui entraîne la difficulté à recevoir la nouvelle qu'elle n'y est en fait pour rien.

Mme M : exprime la colère et le sentiment d'injustice qu'elle a pu ressentir quand elle a appris la pathologie et qui reste présent : « J'étais plus en colère en fait contre le monde entier j'avais un sentiment d'injustice : 'pourquoi est-ce que ça tombe sur moi, pourquoi ça tombe sur ma fille ?', je fume pas, je bois pas, je mange sainement... c'est surtout l'injustice ... qui m'habitait ... j'ai toujours du mal à le digérer ». Elle exprime également aussi le sentiment de culpabilité qu'elle a pu ressentir du fait de sa responsabilité en tant que mère dans la pathologie du bébé : « Il y a une sensation d'échec en tant que mère... parce que même si fondamentalement j'ai rien fait pour enfin.. j'ai pas bu, j'ai pas fumé, j'ai pas... j'ai pas pris de drogue, j'ai pas pris de médicament voilà.. n'empêche que quand même... la femme porte de toute façon l'enfant. Donc elle porte... pour moi elle porte naturellement une culpabilité, c'est pas anodin. »

Mme S : « Un petit peu mais pas tant que ça, ça n'a jamais été dominant c'est par moment je me dis « mais qu'est-ce que j'ai pas bien fait ? Est-ce que c'est quelque chose que j'ai pas bien fait ? » mais comme on ne le sait pas.. C'est pas un sentiment qui domine et la culpabilité de .. enfin ça c'est de la malformation ».

Chez Mme A, Mme F, Mme D la culpabilité concernant la maladie se poursuit malgré le discours médical déculpabilisant.

Mme A : « je crois que ça m'a vraiment traumatisée la question de voilà est ce que c'est mon corps qui n'a pas su, qui a pas su gérer. Bon après c'est un problème de fécondation donc c'est pas mon corps qui a lâché, enfin la logique veut que consciemment je me dit non c'est pas mon corps qui a lâché, c'est pas mon corps physique qui a lâché quelque chose. C'est pas un problème de placenta, liquide amniotique (...) je le sais scientifiquement mais psychologiquement je vois bien que quand même c'est pas complètement réglé même

si.. on va dire qu'à 90% je sais que c'est pas de ma faute mais bon il reste ces 10% là qui sont pas complètement résolus et non acquis quoi ».

Mme F : « Il y a une certaine culpabilité, qu'est-ce que j'ai mal fait ? qu'est-ce que j'ai mangé de travers... ». « J'avais fait ce qu'il fallait en théorie. On nous a dit qu'il y avait pas forcément de facteur à l'extérieur qui pouvait, c'était un petit peu, c'était comme ça. Il y a pas toujours des explications. Et la façon dont elle l'a dit, je me suis dit « mince ! ». J'ai trouvé ça un peu désagréable, comme si... c'était moi qui avait fait quelque chose de travers la dernière fois. Coupable ? « Beaucoup avant moins maintenant... Mais ça n'empêche que je garde quand même le sentiment de, 'fin effectivement on nous a dit que ce n'était pas de nous, on nous a expliqué mais... je dirais que le bébé on le fabrique à deux donc s'il y a eu un problème de... quelque chose qui s'est pas fermé cette fermeture elle doit bien être commandée par quelque chose. Donc on se dit il y a quand même une commande qui a été mal faite à un moment donné. Et que forcément ça vient de, de nous... Même si c'est pas volontaire ». « j'ai quand même l'impression d'être toujours dans le sentiment, d'essayer de me détacher un peu de ce sentiment de de culpabilité qui reste et qui revient là du coup en force avec ce problème de croissance. Mais bon c'est pas facile. Mais j'espère là du coup si ça se passe, qu'on arrive à avoir un beau bébé, que ça aille un peu mieux ». Je lui demande si elle ressent de la culpabilité concernant ce qui s'est passé : « à mon avis il y a quand même une part qui vient de nous ».

Mme D : Elle a beaucoup de fantasmes autour de la maladie de l'enfant défunt. Il a été conçu dans une maison dans laquelle un décès avait eu lieu par le passé ce qui l'inquiète. Plus tard elle explique qu'à la recherche d'un trois pièces ils choisissent finalement un deux pièces qui leur plaît énormément « Et donc après le le retour de bâton de ça, je me suis dit "mais en fait, on a pris un appart où il n'y avait pas de place pour avoir un enfant" j'ai eu un petit peu de mal avec ça. Je me disais "on n'a pas on a pas fait suffisamment de place à cet enfant" ». Elle cherche une cause « moi je l'ai ce truc-là de je cherche toujours pourquoi. Je cherche pourquoi j'ai fait une première IMG une deuxième IMG, je vis quand même avec un truc où je me dis est-ce que, je suis pas, si ça se trouve j'ai un énorme problème psychologique », « je sens de la culpabilité mais... c'est vraiment, le fait d'avoir accueilli cette maladie là, et puis parce que j'ai toujours un doute de est-ce que, au delà du physique, des gènes... sur le fait que je suis intimement convaincue que les maladies font sens ». Lorsque je la questionne sur sa culpabilité au regard de l'IMG elle répond : « Ouais, mais... je saurais pas trop dire d'où elle vient... j'arrive pas à mettre le doigt sur... Des fois je me dis "en fait j'ai été beaucoup trop angoissée" des fois... c'est la culpabilité de... globalement d'avoir, de pas avoir pu la protéger de ça, d'avoir rien pu faire (gorge se noue). D'avoir... d'avoir, que mon corps ait accueilli cette maladie qui sort de nul part... Et de rien avoir pu faire quoi. De pas avoir pu la protéger de ça ».

Chez Mme C, Mme P et Mme G il n'y a pas de culpabilité sur la malformation dans le discours conscient. Mme C dit « Je voulais plus aller à l'église. Mais voilà j'en voulais pas Dieu, je me disais que si il m'imposait ça c'est que c'était comme ça c'est tout (...) Je me disais que si ça devait arriver ça devait arriver, donc je n'en voulais pas

à la terre entière etc. mais je trouvais ça injuste quelque part. après je me dit moi c'est le destin, si c'est comme ça c'est que ça devait arriver comme ça, et que ça aurait pu être pire... (...)... plus une injustice qu'un échec. Non parce que c'était pas notre faute, c'était la faute de personne, c'était comme ça c'est tout... ».

Mme G : « Sincèrement même si ça avait relevé de l'anomalie génétique... je pense qu'on aurait pas non plus... enfin je sais pas, je peux pas projeter mais... le temps d'attendre les résultats... parce qu'il y a un côté soit c'était une anomalie génétique et déjà là le fait qu'on soit porteur l'un et l'autre et qu'on lui ait transmis enfin moi c'est pas quelque chose que j'ai ressenti la culpabilité... » Elle n'évoque pas non plus de culpabilité concernant l'accident cérébral, elle ne s'est pas demandé si elle avait fait quelque chose de mal. Cette culpabilité n'a pas fait partie de son référentiel.

Conclusion HO 3.2 - Des fantasmes de culpabilité sont exprimés lors des entretiens, sur la cause de la maladie.

Chez certaines femmes, (Mme B, Mme T, Mme J, Mme M, Mme S), le questionnement autour de leur responsabilité dans la pathologie, accompagné de vivances de culpabilité, est présent pendant un temps puis s'atténue, semblant permettre une subjectivation de l'expérience et ainsi d'en diminuer l'impact traumatique. Chez d'autres, (Mme A, Mme F, Mme D) la culpabilité concernant la maladie se poursuit malgré le discours médical déculpabilisant. Elles ne parviennent pas à élaborer les vivances de culpabilité. Enfin, certaines femmes (Mme C, Mme P et Mme G) n'expriment pas de culpabilité dans le discours conscient. Elle peut cependant passer pour Mme C par un sentiment d'injustice et de punition divine.

HO 3.3 - Des vivances de culpabilité sont exprimées au cours des entretiens à propos d'un sentiment de trahison du fœtus/bébé décédé

Quelques extraits de *verbatim* permettent d'illustrer cette dimension de la culpabilité :

Mme A : « j'ai eu des idées noires au moment où il y avait la biopsie, les échos qui revenaient et tout, j'avais des idées noires vis à vis de ce bébé, alors que j'en ai pas eu vis à vis d'Amélie. (...) je comprenais pas pourquoi, à chaque fois qu'on m'annonçait quelque chose de positif sur cette grossesse et du coup sur ce bébé à chaque fois j'avais un sentiment de... (...) à chaque fois je crois que j'étais désespérée de pas avoir entendu ça pour la grossesse précédente quoi, donc il y avait toujours une culpabilité vis à vis de ce, d'Amélie je sais pas comment.. (...) à chaque fois c'était des moment où on devrait être soulagé, heureux d'apprendre la bonne nouvelle, bah en fait moi j'étais à chaque fois... voilà... Donc du coup... en gros pourquoi t'es là et que tu vas bien alors qu'avant le bébé d'avant c'était pas possible. Donc ça c'était compliqué à gérer »

Mme T : « Se dire j'ai envie d'en avoir un autre.. on se dit mais.. on culpabilise un peu de se dire j'ai envie d'en avoir un autre alors que lui était là ». À l'annonce de la grossesse suivante : « j'étais super contente. En fait j'étais vraiment super contente et après en sortant j'ai pensé à l'enfant qu'on avait perdu et je me disais « mais... est-ce que j'ai le droit d'être contente ? »... enfin c'est... c'était un peu difficile ».

Mme S : « j'ai l'impression c'est... J'ai pas su.. je sais pas... j'ai pas eu... ni eu l'occasion, ni su, ni... lui apporter plus que ce qu'on a fait... (silence)... je dirais que c'est

peut être un tout petit peu plus de la culpabilité que de l'échec parce que c'est pas quelque chose d'ancré donc du coup je le mets plus dans... dans... dans un état d'esprit par rapport à moi je sais pas comment le dire mais euh je me dis que c'est sans doute une petit peu plus de culpabilité parce que sans doute aussi c'est un peu ma nature de... de.. pas avoir confiance en moi par exemple, c'est en ça que je me disais plus... plus vraiment en rapport à moi et donc plus vraiment vers la culpabilité. »

Conclusion HO 3.3 - Des vivances de culpabilité sont exprimées au cours des entretiens à propos d'un sentiment de trahison du fœtus/bébé décédé.

La majorité des femmes (Mme A, Mme T, Mme P, Mme D, Mme J, Mme S et Mme G) expriment des vivances de culpabilité vis-à-vis du bébé décédé. Cette culpabilité est centrée autour de trois axes. Le premier est l'idée de ne pas avoir su protéger ou accompagner l'enfant au moment de l'avant ou juste après IMG. Le second concerne la culpabilité de vivre une nouvelle grossesse et d'en éprouver de la joie. Le dernier axe est la crainte d'oublier le bébé mort. La culpabilité vis à vis du bébé décédé est présente chez un nombre important de femmes au premier et au troisième entretien avec une baisse au second qui nous interroge.

Chez quatre femmes (Mme B, Mme C, Mme F et Mme M), aucune culpabilité n'est exprimée concernant le bébé décédé.

HO 3.4 - Lors des entretiens, des vivances de culpabilité sont exprimées envers le fœtus/bébé actuel.

Quelques extraits de *verbatim* permettent d'illustrer cette dimension de la culpabilité :

Mme A : « *A chaque fois c'était des moment où on devrait être soulagé, heureux d'apprendre la bonne nouvelle, bah en fait moi j'étais à chaque fois... voilà... Donc du coup... en gros pourquoi t'es là et que tu vas bien alors qu'avant le bébé d'avant c'était pas possible. Donc ça c'était compliqué à gérer, donc du coup après il y a l'effet rétroactif de la culpabilité vers ce bébé là qui a rien demandé quelque part. des fois dans le cerveau c'est compliqué!* »

Mme C : « *Il faut essayer d'avancer, de penser au bébé qui est va arriver* », elle dit également « *C'est pas trop bon d'être angoissée, parce qu'il le ressent. Donc j'en parle pas tout le temps* ». Mme P : « *Je pense que c'est là plus pour le coup la culpabilité de d'être très émue enfin de lui faire vivre euh... enfin je me dis enfin je je je sais pas exactement comment il ressent les choses mais je me dis que c'est un moment où moi je me sens pas bien et je me dis que probablement il ressent des émotions que je ressens et c'est plus c'est plus par rapport à lui imposer ça* ». Elle peut néanmoins le résoudre d'une façon qui nous semble tout à fait contenante en mettant en mot, en expliquant que bébé qu'elle porte les raisons de sa peine. Elle craint aussi d'avoir des attentes de « *réparation de la douleur* », vis à vis du bébé à venir.

Mme D : « *Par rapport à l'enfant qui vient quoi. Je me dis t'es enceinte de lui, tu pleures encore une petite fille... que tu pleureras sans doute toute ta vie... et tu devrais pas être triste en étant enceinte, c'est pas cool d'être triste en étant enceinte tu devrais être gai* ».; « *Je me dis que potentiellement ça peut être hyper injuste pour l'enfant qui vient quoi,*

pour quand il sera plus grand. Que faut pas que... il sente une espèce de béance, un... un manque, pour pas se foutre en rivalité vraiment maternelle avec un mort ». « Je me dis qu'il vient, son histoire est déjà lestée d'un truc. C'est déjà encombré d'un passif, d'un truc qui dépend pas de lui, qui est là, avant sa naissance. C'est comme si ça grevait un peu son bagage de départ quoi. Je me dis c'est lourd, et puis je passe vraiment de l'un à l'autre en permanence quoi. Me dire qu'on peut très bien vivre avec ».

Conclusion HO 3.4 - Lors des entretiens, des vivances de culpabilité sont exprimées envers le fœtus/bébé actuel. La majorité des femmes (Mme A, Mme C, Mme T, Mme P, Mme D, Mme J, Mme M et Mme S) évoquent de la culpabilité vis à vis du bébé actuel, culpabilité centrée autour de leur crainte que l'enfant ne ressente leur tristesse et n'en vive les répercussions. Ou encore culpabilité de comparer les grossesses, que l'enfant à venir ne soit impacté dans son développement psychique du fait de la mort d'un bébé avant leur naissance. Chez Mme F, c'est autour d'un RCIU que se cristallise sa culpabilité au cours du 3ème entretien. Mme B et Mme G n'évoquent pas de culpabilité vis à vis du bébé actuel.

HG 3 Lors d'une grossesse suivant une IMG la femme traverse des vivances de culpabilité.

Nous avons recherché des vivances de culpabilité centrées sur quatre motifs : la décision d'interruption de la grossesse, la cause de la maladie du bébé mort, la culpabilité dirigée directement vers bébé mort et vis-à-vis du bébé actuel. Nous avons retrouvé chez toutes les femmes des vivances de culpabilité concernant au moins deux de ces axes. **La culpabilité d'interrompre la grossesse** est présente chez toutes les femmes. Elle peut être énoncée d'emblée dans le discours manifeste ou apparaître dans le discours latent notamment au travers de rêves. Pour certaines femmes cette culpabilité est envahissante et a un fort impact négatif sur les affects qui concernent l'IMG, surtout au début de la grossesse suivante. Pour d'autres, décider d'interrompre permet de se sentir responsables et donc actives dans un événement qui met à rude épreuve les parts actives du psychisme confrontant comme nous l'avons vu à un sentiment de perte de contrôle sur soi ou son environnement. La décision d'interrompre peut alors se constituer comme une possibilité de diminuer l'impact traumatique de la perte du bébé. Nous ne trouvons pas de lien entre la force et l'impact de la culpabilité concernant l'arrêt de la grossesse et l'accès des femmes à une représentation différenciée, d'objet total, de l'enfant mort. **La culpabilité concernant la cause de la maladie** est présente pendant un temps puis s'atténue chez la majorité des femmes, semblant permettre une subjectivation de l'expérience et ainsi d'en diminuer l'impact traumatique. Chez d'autres, elle se poursuit malgré le discours médical déculpabilisant. Elles ne parviennent pas alors à élaborer les vivances de culpabilité. **La culpabilité vis à vis du bébé mort** est centrée autour de trois axes. Le premier est l'idée de ne pas avoir su protéger ou accompagner l'enfant au moment de l'avant ou juste après IMG. Le second concerne la culpabilité de vivre une nouvelle grossesse et d'en éprouver de la joie. Le dernier axe est la crainte d'oublier le bébé mort. **La culpabilité vis à vis du bébé actuel** est centrée autour de leur crainte que l'enfant ne ressente leur tristesse et n'en vive les répercussions. Ou encore culpabilité de comparer les grossesses, que l'enfant à venir ne soit impacté dans son développement psychique du fait de la mort d'un bébé avant leur naissance.

Il est apparu lors de l'analyse des résultats que la culpabilité de la décision d'IMG et de la cause de la maladie, concernent des aspects plus narcissiques du fonctionnement psychique. Cette culpabilité peut s'avérer envahissantes par moment pour certaines femmes, mais peut aussi être un moyen efficace de reprendre la maîtrise psychique des événements et ainsi de subjectiver l'expérience en en diminuant les impacts traumatiques. La culpabilité vis-à-vis du bébé mort et vis-à-vis du bébé actuel est une forme de culpabilité qui marque d'une certaine façon, l'accès à l'altérité du bébé mort ou du bébé à venir. Ressentir de la culpabilité à son propos est une façon de le considérer comme un Autre sujet en devenir.

HG 4 Au cours de la grossesse qui suit une IMG, le processus multidimensionnel du deuil prénatal est intriqué avec l'évolution des vivances de honte et de culpabilité.

HG 4.1 Moins la vivance de honte est envahissante, plus la dimension développementale du processus de deuil est résolutive.

HO 4.1.1 Dans le discours des trois entretiens semi-structuré, le sentiment d'inadéquation diminue en même temps que la femme se retrouve intégrée à des groupes d'appartenance.

Nous retrouvons dans le discours des femmes des éléments nous permettant d'étudier leur sentiment d'appartenance à un groupe de pair. Voici des exemples de *verbatim* :

Mme A : « *Pour les mamans qui ont vécu la même chose, comme le groupe de parole sur les bébés disparus. On peut parler de tous nos bébés sans tabou. (...) Via la petite Émilie association où j'avais organisé le lâcher de ballon, ça a renforcé les relations avec d'autres mamans. Il y avait de la solidarité* ».

Mme C : « *parce que je trouvais ça... plus simple pour moi de parler face à des gens qui avaient subi la même chose que moi et moins impressionnant que d'être en face à face* ». Elle cherche à ne pas se sentir seule dans cette perte : « *il y a plein de gens autour de moi, même des gens que des gens connaissent, qui ont un exemple de personnes qui ont perdu un enfant comme ça et je m'en rendais pas compte mais ça arrive beaucoup plus souvent qu'on ne le croit les accidents comme ça. Et j'ai même un collègue qui m'a avoué que voilà il avait perdu un enfant assez tard, enfin sa femme à six, sept mois de grossesse et... et du coup... voilà je me suis dit ah bah je suis pas toute seule* ».

Mme F : « *On a l'impression qu'on est la seule personne à qui il arrive quelque chose aussi tard dans la grossesse mais en fait en en parlant, les gens nous disent : « ça nous est arrivé.. ma sœur ça lui est arrivé un truc comme ça.. ou.. » et on s'en rend pas compte... Même des personnes que je... que j'avais connu dans l'année et tout ça, il me fait : « bah moi ça m'est arrivé l'année dernière, ça m'est arrivé à 8 mois donc euh.. ». On se rend compte qu'il y a d'autres cas et... qu'en fait on parle que de celles qui se passent bien en général... et c'est vrai qu'en en parlant on se dit qu'on n'est pas seul dans ce cas. Même si ça reste malheureux, ça rassure un peu.* »

Mme P : « *... j'avais besoin d'en parler ça c'est clair. Je me suis rapprochée aussi des gens qui me comprenaient, mais c'est vrai que mon sentiment ça a été mis à part mes amis intimes ou la famille très proche, les gens qui l'ont compris c'est les gens qui... Qui... étaient déjà au courant de comment ça se passait une intervention médicale de grossesse. Enfin c'est clairement ça enfin j'ai un collègue sa femme et médecin, un autre collègue elle connaît des gens à qui s'est arrivé enfin et euh pour moi je sentais enfin je l'ai su après mais je le sentais vraiment que les gens comprenaient. (...) Ils n'avaient pas la même réaction* ».

Mme S : « *j'avais appelé assez rapidement après pour y aller. Moi j'y allais au groupe pour rencontrer des gens bah à qui s'est arrivé puisque je vois bien que dans mes relation, dans mes amis, il y avait.. bon il y avait quelques personnes qui enfin il y avait deux personnes*

avec qui j'étais proche et avec qui j'en parlais dont ma meilleure amie mais, je voyais bien que c'était pas tout à fait suffisant et j'avais besoin d'avoir en fait un cercle d'amies avec qui c'était arrivé avec qui je pouvais partager ça. J'y allais un petit peu dans cette optique là et par ailleurs comme je travaille pas le jeudi et le vendredi c'était facile pour moi et puis ça m'occupais donc bon voilà j'y suis allée assez vite. Par ailleurs, je crois que c'était pas mal pour moi de bah.. j'avais pas d'enfant enfin, j'avais pas de contrainte d'enfant et d'avoir la contrainte du groupe de pouvoir dire : « ah non le vendredi midi je peux pas, j'ai groupe » euh.. ça me, ça me plaisait. En plus ça me permettait de pouvoir dire à des amis euh que je vais au groupe de parole, de pouvoir placer ça ». Mme 22 met en avant le fait qu'avoir vécu un accouchement constitue pour elle un élément important dans sa possibilité à se restaurer comme membre du groupe des « femmes ayant accouché »

« Alors c'est sûr que quand c'est au niveau de l'accouchement c'est encore pire parce que.. je sais que j'ai pas eu un accouchement qui ressemble aux accouchements à terme mais j'ai quand même eu certains.. certaines euh.. enfin il y a certaines similarités enfin il y a certaines choses qui seront similaires et donc euh oui quand on me parle de l'accouchement "tu verras" alors qu'en plus chaque accouchement est différent ça me (rit) ça me ... j'aime pas du tout. Alors là c'est facile parce que enfin c'est plus facile pour moi vu que pour le coup je l'ai vécu je parle assez facilement de la péridurale qui permet de replacer le fait que.. enfin en tout cas pour moi je dis "bon..." », ça marque bien du coup le fait que j'ai un accouchement et il y a peut-être des gens qui ne me savent pas aussi euh.. comment ça se passe l'interruption de grossesse à ce terme là en tout cas oui pour moi c'est plus facile parce que je peux parler de la péridurale et du coup avoir.. rentrer dans la conversation mais avec mon expérience à moi mais c'est vrai que je le fais toujours un petit peu sur la défensive en voulant un peu marquer mon territoire enfin marquer.. que j'ai.. rien à apprendre sur ce.. sur ce domaine là. C'est vrai que du coup je suis assez perméable.. imperméable aux.. aux conseils comme ça je.. j'ai du mal. ».

Mme G met aussi en avant l'idée que d'avoir accouché lui permet de se positionner différemment dans les discussions avec des amies mères : « Comme un couple qui a déjà vécu un accouchement, après même si il était pas tout à fait, dans le déroulé et dans l'issue c'est bien évidemment l'issue pas heureuse, le déroulé pas... pas ce qui sera non plus pour l'accouchement normal mais dans des phases communes ». Lorsque je la questionne sur les réactions de son entourage, à l'inverse du premier entretien où elle avait exprimé son sentiment d'embarrasser les autres, elle explique « qu'il y a eu une recrudescence de douceur et de... de tact et de précaution dans notre entourage. Il y a toujours parfois, c'est à dire.. je suis assez convaincue que le jour où le petit bonhomme viendra au monde il y aura un sentiment de soulagement un peu pour tout un chacun et qu'ils seront aussi heureux qu'on vive qqch de beau et d'aboutit après ce qu'on a vécu, je pense que oui, ça va renforcer ce sentiment-là chez ceux qui nous entourent et qui nous sont proches. »

Au troisième entretien Mme M et Mme A peuvent dire leur sentiment de retrouver « une certaine normalité » concernant ses préoccupations actuelles vis à vis de la grossesse par rapport à des femmes enceintes sans antécédent, ou un suivi qui n'est plus spécifique.

Conclusion HG 4.1 - Dans le discours des trois entretiens semi-structuré, le sentiment d'inadéquation diminue en même temps que la femme se retrouve intégrée à des groupes d'appartenance.

La majorité des femmes retrouvent un groupe d'appartenance et le sentiment d'exclusion diminue parallèlement. Chez certaines de façon visible (Mme A, Mme T, Mme S, Mme G) et chez d'autres (Mme P et Mme M) ce même mouvement se produit mais de façon nettement moins marquée. Notons que le groupe peut être celui des femmes ayant perdu un bébé pendant la grossesse, ou à l'inverse celui des parents sans antécédents.

Bien qu'elles cherchent des groupes d'appartenance, le sentiment d'exclusion se poursuit tout au long de la grossesse chez deux femmes (Mme C, Mme D), l'hypothèse n'est pas validée pour elles. Pour Mme D, comme à l'hypothèse précédente, nous notons que l'ensemble des vivances de honte reste fortement présente au cours de la grossesse. Il y a dans son histoire des éléments nous laissant penser que le sentiment de disqualification précoce, avec l'idée de ne pas être aimée (sa mère était très déprimée à sa naissance et une séparation de trois semaines a eu lieu peu de jours après sa naissance), a pu entraîner chez elle une propension plus forte à l'expérience de vivances de honte. Concernant Mme C, nous avons vu des mouvements dépressifs à l'œuvre pendant la grossesse pouvant expliquer la persistance des vivances de honte.

Chez Mme F, le sentiment d'exclusion diminue dans le discours au fil de la grossesse sans que nous ne puissions retrouver dans le discours l'expression du sentiment d'avoir pu réintégrer de nouveaux groupes.

HG 4.2 Au cours de la nouvelle grossesse, l'atténuation des vivances de honte accompagne la résolution de la dimension narcissique du deuil.

HO 4.2.1 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, la vivance d'échec diminue en même temps que la femme trouve des bénéfiques identitaires et identificatoires à la perte.

Nous avons trouvé dans le discours des femmes l'expression de bénéfiques narcissiques retirés de la perte de leur enfant. Quelques exemples de *verbatim* permettent de l'illustrer :

Mme G : « *Ça c'est quelque chose qu'on fait d'avantage aujourd'hui, qu'on ne le faisait dans le passé, de s'écouter... (...) Et vraiment en prenant du recul c'est quelque chose que j'ai acquis avec Caroline, mais de façon un peu, contrainte et forcée, et dans la douleur, mais qui nous fait du bien à l'un comme à l'autre dans notre vie de tous les jours d'être plus à l'écoute, en tout cas moi c'est sûr, plus à l'écoute de moi et de mes besoins... et là je pense que voilà, dans une autre dynamique, dans une dynamique heureuse, de gagner en... alors là ça sera peut-être plus orienté... avec Caroline ça a été plus orienté sur moi au final, mais je pense que ce sera différent, ce sera plus de l'ordre de la patience, ou je sais pas, j'ai cette impression que je vais gagner là-dedans... »*

Mme S : « *je crois que ça nous a aussi apporté des des choses un petit peu des... je sais pas si c'est de la sagesse ou un petit peu de de... de recul sur la vie et aussi moi, ça m'a aidé à retravailler.. à travailler mes sentiments par rapport au décès de mon père.. Parce que donc j'étais adolescente, j'avais 14 ans et... et il avait aussi enfin il avait fait euh..*

un infarctus quand j'avais 5 ans et il a fait un AVC quand j'avais 14 ans, mais bon je crois que ça a aussi fait remonter pas mal de choses. Donc d'un certain côté ça a aussi ouvert certains horizons, certaines portes. Et puis par rapport aux relations avec les amis et la famille aussi peut être clarifier certaines relations, quelles sont les relations peut être un peu plus précieuses et les autres plus banales et d'autres inutiles un petit peu.. et puis à comprendre mes ressentis. »

Mme M : *« Justine elle nous a fait grandir, elle nous a fait aussi relativiser sur plein de choses. Quand on a vécu ça on n'envisage les choses de façon différente (...) Pour cette grossesse-là oui j'ai eu la trouille de faire une fausse couche mais si je faisais une fausse couche c'était pas très grave c'était que la nature faisait son travail et que j'étais capable d'être enceinte. Parce que j'ai été capable d'être enceinte après une fausse couche et après une IMG alors que ça aurait pu être un blocage. (...) Donc elle nous a fait avancer. C'est un peu dommage qu'il nous ait fallu connaître ce parcours là pour avancer mais maintenant ça fait parti de nous. Au niveau de notre couple ça a créé un lien, ça n'a pas été évident tout le temps, il y a des moments où on s'est clairement disputé, on était pas d'accord, on avançait pas en même temps. Il y en avait un qui avançait plus vite que l'autre et vice et versa ... Donc forcément ça fait partie de notre histoire de couple... il y a un lien qui s'est créé, une confiance aussi qui a été renforcée. »*

Mme J : *« ça a été l'épreuve la plus difficile que j'ai dû surmonter mais on apprend beaucoup sur soi, j'ai appris beaucoup sur moi. On apprend beaucoup sur.. les autres, sur son entourage, sur qui on peut compter. ... Oui on découvre un peu l'amour que les autres nous porte en fait et ça c'est super important (...) je pense qu'on apprend beaucoup sur son entourage en fait. Et puis sur soi-même sur mon conjoint, je me dis qu'on a eu une grosse épreuve et malgré ça on a quand même tenu bon, on a... on s'est soutenu l'un et l'autre et puis voilà ce sont des choses qui sont... malgré tout qui sont... jolies pour le coup (...) on a avancé et c'était ça notre objectif c'était d'avancer, d'aller au bout des choses et puis ... je pense qu'on a quand même... réussi à avancer ... je suis pas restée dans mon trou ou dans ma tristesse ou dans la souffrance ça pour moi c'est une réussite plutôt qu'un échec en fait. »*

Mme D : *« C'est comme si le fait d'avoir perdu cet enfant là euh ça nous obligeait à, à bouger quoi. À changer les trucs qui étaient moyens dans notre vie, ou qui nous correspondaient pas trop (...) Il y a des moments où je me disais vraiment juste après la naissance, où je me disais que ... que c'était peut-être une chance de pas avoir eu cet enfant là. Enfin que c'était pas une chance du tout parce que c'était, c'est tout sauf une chance mais, qu'il y avait moyen de de de pas resté figé sur un truc d'échec en fait (voix tremblante). D'essayer de fertiliser ... que son passage n'est pas servi à rien » ; « je sens que je suis vraiment devenue une adulte, une mère, une parent, comme ça depuis Léa. Je sens que j'ai vraiment, j'ai vieilli quoi. Mais, en même temps ... je me rends compte que j'ai peur de vieillir depuis des années quoi. Dès 20 ans je me disais « putain t'es en train de devenir vieille » Et là ... c'est, c'est plutôt cool de, je me rends compte que je suis plus mature qu'avant quoi, je suis plus profonde. »*

Mme P : *« c'est peut-être paradoxale mais c'était un moment où euh... en tout cas avant l'accouchement... où je me sentais très forte enfin c'était très dur mais j'avais l'impres-*

sion d'affronter euh ce qui nous arrivait quoi » ; « j'ai pas beaucoup vécu avec mon père. Je suis en bon terme, enfin je le connais, enfin j'ai été reconnue par mon père etc. mais j'étais pas spécialement élevée par lui, il n'a pas été très présent et... et... Je pense que ça me préoccupait vachement enfin de... j'ai été élevée par ma mère, de me dire qu'il fallait que je fasse une place dans mon schéma que je fasse une place à François et que... Et là à un moment je me suis rendue compte qu'il n'y avait plus du tout ces pensées là mais je pense que... c'est parce que.. il voilà il..... il a rempli ce rôle-là la première fois complètement plus que j'aurais pu l'imaginer, je pense que.... bien sûr là ce rôle c'était de s'occuper de moi principalement mais je pense qu'il faisait son rôle de père. »

Mme B : « *D'un point de vue relationnel avec mon ami ça m'a conforté dans ma relation amoureuse, de mon choix et ses qualités par rapport à moi. Ça fait grandir de toute façons. »*

Mme A : « *Dévastateur au départ mais qui finalement sera bénéfique en soi. Transformation de quelque chose de très violents qui se transforme en une base constructive pour la suite. C'est mon leitmotiv. Des fois c'est défaillant, c'est le fond du gouffre mais pas comme il y a presque 12 mois, j'accepte mieux d'aller mal parce que je sais qu'après ça ira mieux, je me connais mieux. Même s'il y a des vagues de gros questionnements et de mal être. J'ai l'impression de sortir d'une épreuve qui m'a renforcé. »*

Nous avons mesuré l'évolution du sentiment d'échec par la diminution de son expression dans le discours et également par la possibilité de la femme à se restaurer narcissiquement. Par exemple chez Mme B, il y a une diminution du vécu d'échec au troisième entretien, qui est accompagnée d'un regain d'investissement narcissique. Elle dit qu'elle se sent « *épanouie* » et que son entourage lui dit qu'elle a bonne mine et que la grossesse lui va bien. Elle envoie des photos de son ventre à sa mère. Elle explique également que cette grossesse lui a redonné confiance en elle quant à sa capacité de force de volonté : « *Là je remets des trucs que je mettais plus, j'ai pas de complexes là. En plus j'ai envie de vous dire que ça m'a redonné confiance en moi parce que... (...) d'avoir pris tous ces kilos, d'avoir pas réussi à maigrir et euh au contraire à continuer à grossir à grossir, je me sentais plus capable de reperdre et de refaire des efforts comme ça. Et là ça fait depuis début août que je suis au régime sec et je tiens bon donc c'est vrai que ça m'a redonné confiance en moi, parce que pour la suite du coup je me dis que je suis encore capable de le faire* ». Sur un plan narcissique cette grossesse semble donc être plutôt réparatrice et satisfaisante.

Mme D, a réussi à acheter un pyjama malgré son angoisse et se sent très fière d'être parvenue à le faire, elle se sent aussi fière de leur couple « *Si on a cet enfant, là je serai super fière de nous (petit rire) d'avoir réussi, de nous être un peu acharné, de pas avoir renoncé* » et elle pense lorsque je l'interroge, qu'elle sera une bonne mère.

Chez Mme M, le vécu d'échec se maintient jusqu'à la fin de la grossesse. Dans le premier entretien, des éléments de son discours nous laissent penser qu'une forme de restauration narcissique est pourtant possible pour elle, notamment lorsqu'elle est en mesure de sentir ce qui se passe dans son corps. Au moment de l'IMG elle avait par exemple senti que le travail commençait, alors que la sage-femme lui disait que ce n'était pas possible que cela

prendrait du temps, elle a insisté et c'était bien le cas, « *et donc triomphante je dis oui oui vous voyez j'étais pas folle je sais quand même ce qui se passe c'est pas comme si je ne l'avais jamais fait ça c'est déjà passé deux fois* ». Par ailleurs, elle se sent très fière de cette nouvelle grossesse : « *elle est intervenue rapidement donc ça pour le coup j'étais très contente, j'étais très fière de moi. Ah oui là j'étais super fière de moi vraiment ... là j'étais un sentiment de plénitude et de satisfaction qui n'a duré que deux jours mais j'ai eu un week-end ahlalala j'étais contente, j'étais soulagée, j'étais confiante aussi!* ». Au second entretien, elle rêve qu'elle allaite son bébé et que l'allaitement se passe bien. Alors qu'à ses grossesses précédentes elle rêvait qu'elle faisait tomber son bébé, qu'elle perdait le biberon. Il y a donc une restauration narcissique qui s'opère mais elle ne semble pas suffisante pour lui permettre une diminution du vécu d'échec.

Conclusion HO 4.2.1 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, la vivance d'échec diminue en même temps que la femme trouve des bénéfices identitaires et identificatoires à la perte

Chez la majorité des femmes (Mme A, Mme B, Mme P, Mme J, Mme S et Mme G), les vivances d'échec diminuent au fil de la grossesse et elles sont en mesure de retirer des bénéfices narcissiques, sur un plan identitaire et identificatoire à l'expérience de l'IMG. Ces bénéfices sont le renforcement de leur couple et de la confiance mutuelle, la possibilité de mieux se connaître, la mise en perspective des priorités, le renouvellement du groupe amical, mieux accepter de se tourner vers soi-même et le sentiment d'être mieux armée face aux épreuves. Chez deux femmes (Mme D et Mme M), des bénéfices narcissiques sont possibles ainsi qu'une restauration narcissique mais pour autant, le sentiment d'échec ne diminue pas au fil de la grossesse. Comme nous l'avons vu, Mme M a un rapport très compliqué à l'échec, qu'elle qualifie elle-même de « *rapport très violent* ». Chez ces deux femmes, les autres aspects de la honte sont aussi très forts et peinent à s'élaborer au fil de la grossesse. Il y a dans leur histoire et leur personnalité préalable des éléments qui ne permettent pas aux vivances de honte de s'élaborer. Trois femmes (Mme C, Mme T et Mme F) n'expriment pas avoir pu retirer de bénéfices narcissiques à la perte du bébé. Chez Mme C, les vivances d'échec sont également absente du discours. Les autres aspects de la honte sont assez forts et ne s'élaborent pas au fil de la grossesse. Elle ne parvient pas non plus à investir la grossesse actuelle. Chez Mme F, le sentiment d'échec ne diminue pas au fil de la grossesse de même que le sentiment de perte de contrôle, tandis que les aspects plus objectaux de la honte s'élaborent. Les représentations du bébé mort n'évoluent pas et l'investissement d'un lien avec le bébé actuel n'est pas possible. Enfin, chez Mme T, bien qu'elle ne retire pas de bénéfices narcissiques à la perte, la nouvelle grossesse semble la restaurer narcissiquement puisque le sentiment d'échec diminue.

HO 4.2.2 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés la nécessité de se cacher baisse à mesure que la grossesse avance.

Chez Mme C, Mme S, Mme P et Mme T la nécessité de se cacher est fortement présente au cours de l'IMG et diminue avec la nouvelle grossesse.

Chez **Mme J, Mme G, Mme A et Mme B**, la nécessité de se cacher est d'emblée peu présente et disparaît au fil de la grossesse.

Chez **Mme F, Mme D et Mme M**, la nécessité de se cacher est fortement présente au cours de l'IMG et se prolonge au cours de la grossesse.

Conclusion - HO 4.2.2 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés la nécessité de se cacher baisse à mesure que la grossesse avance

Chez la majorité des femmes (Mme C, Mme F, Mme S, Mme P, Mme T, Mme J, Mme G, Mme A et Mme B), la nécessité de se cacher ou le sentiment d'être exposée au regard de l'autre diminue au fil de la grossesse. Elles peuvent donc retrouver une protection de leur intimité au fur et à mesure que la grossesse avance. Chez deux femmes (Mme D et Mme M), le sentiment d'être exposée au regard de l'autre et le besoin de se cacher ne diminue pas au fil de la grossesse actuelle. Chez ces deux femmes, le sentiment d'échec est aussi présent tout au long de la grossesse, ce qui pourrait expliquer la persistance du besoin de se cacher.

HO 4.2.3 - Un score sous le seuil à l'échelle « D » du PGS, s'accompagne de la diminution des vivances de honte.

Rappelons que le score de la sous-échelle « D » marque selon Leon (1996) la résolution des aspects narcissiques du deuil.

TABLE 7.1 – Score échelle « D » du PGS

	T1	T2	T3	Diminution Perte contrôle	Diminution échec	Diminution caché	Diminution exclusion
Mme A	21	21	19	non	oui	oui	oui
Mme B	12	/	12	oui	oui	oui	oui
Mme C	20	16	19	non	absente	oui	non
Mme T	27	20	21	oui	oui	oui	oui
Mme F	28	31	27	non	non	oui	oui
Mme P	16	11	12	oui	oui	oui	non
Mme D	14	13	14	non	non	non	non
Mme J	19	15	/	non	oui	oui	oui
Mme M	18	/	13	non	non	non	non
Mme S	20	18	17	oui	oui	oui	oui
Mme G	/	11	12	oui	oui	oui	oui

Conclusion HO 4.2.3 - Un score sous le seuil à l'échelle « D » du PGS, s'accompagne de la diminution des vivances de honte.

Cette hypothèse est validée chez 6 femmes (Mme A, Mme B, Mme T, Mme F, Mme P, Mme J). Chez Mme C, Mme D et Mme M, le score est sous le seuil et pourtant les vivances de honte ne diminuent pas au fil de la grossesse.

Conclusion HG 4.2 - Au cours de la nouvelle grossesse, l'atténuation des vivances de honte accompagne la résolution de la dimension narcissique du deuil.

Chez la majorité des femmes, les vivances d'échec diminuent au fil de la grossesse et elles sont en mesure de retirer des bénéfices narcissiques, sur un plan identitaire et identificatoire à l'expérience de l'IMG. Ces bénéfices sont le renforcement de leur couple et de la confiance mutuelle, le renouvellement du groupe amical, la mise en perspective des priorités. On retrouve aussi la possibilité de mieux se connaître, la capacité à mieux accepter de se tourner vers soi-même et ainsi, le sentiment d'être mieux armée face aux épreuves. Chez les femmes ayant des affects dépressifs plus appuyés, le vécu d'échec ne peut être nommé ou alors il est fort et ne diminue pas au fil de la grossesse. Deux autres femmes, du fait de leur fonctionnement psychique préalable ne voient pas diminuer leur sentiment d'échec au fil de la grossesse. Chez elles, contrairement aux autres femmes, le besoin de se cacher ou de s'isoler ne diminue pas au fil de la grossesse actuelle. Tandis que chez la majorité des femmes, la nécessité de se cacher ou le sentiment d'être exposée au regard de l'autre diminue au fil de la grossesse. Elles peuvent donc retrouver une protection de leur intimité au fur et à mesure que la grossesse avance.

Les vivances de honte sont un bon marqueur de la résolution de la dimension narcissique du processus de deuil quand celui-ci est étudié qualitativement. La comparaison à une échelle quantitative ne donne pas le même résultat.

HG 4.3 - La présence de vivances de culpabilité accompagne l'élaboration de la dimension objectale du deuil.

HO 4.3.1 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés plus les vivances de culpabilité sont présentes, plus l'élaboration de la dimension objectale du deuil est résolutive.

L'accès à l'élaboration de la dimension objectale du processus de deuil est difficile pour presque toutes les femmes. Il n'y a que chez Mme S et Mme T que l'on peut parler d'une élaboration du versant objectal du deuil.

Chez Mme B, Mme G, Mme M et Mme C la culpabilité est soit déniée dans le discours, soit très faiblement exprimée. Chez Mme A, Mme T, Mme F, Mme J, et Mme S, la culpabilité est présente au premier entretien et diminue avec le temps.

Chez Mme D et Mme P, la culpabilité est présente d'emblée dans le discours latent mais peut être nommée par les femmes au fur et à mesure des entretiens.

Ce n'est pas l'augmentation de la culpabilité dans le discours qui est la marque d'une possible élaboration du versant objectal du deuil. Notre hypothèse n'est pas validée.

HO 4.3.2 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis-à-vis du bébé décédé sont présentes, plus le score à l'échelle « AG » du PGS diminue.

TABLE 7.2 – Score échelle « AG » du PGS

	T1	T2	T3	Culpabilité	HO Validée
Mme A	27	27	27	Stable	Non
Mme B	19	/	18	0	Non
Mme C	37	33	34	0	Non
Mme T	37	33	32	Stable	Non
Mme F	34	31	29	0	Non
Mme P	29	23	28	Augmente	Non
Mme D	21	31	/	Diminue	Non
Mme J	48	31	31	Stable	Non
Mme M	38	/	30	0	Non
Mme S	36	33	26	Stable	Non
Mme G	/	25	27	Diminue	Non

Conclusion HO 4.3.2 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis-à-vis du bébé décédé sont présentes, plus le score à l'échelle « AG » du PGS diminue.

Il n'y a pas de corrélation entre l'apparition de culpabilité vis à vis du bébé décédé et la diminution de l'échelle « AG » du PGS.

Conclusion HG 4.3 - La présence de vivances de culpabilité accompagne l'élaboration de la dimension objectale du deuil

Des vivances de culpabilité sont présentes chez toutes les femmes. Chez presque toutes, (sauf Mme S et Mme T), la dimension objectale du processus de deuil n'est pas résolutive. Nous ne pouvons donc pas conclure que la présence de vivances de culpabilités est la marque d'une élaboration en cours du versant objectal du deuil. Notre hypothèse n'est pas validée.

HG 4.4 La présence de vivances de culpabilité accompagne l'investissement objectal de l'enfant à venir.

HO 4.4.1 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, des vivances de culpabilité vis à vis du bébé actuel accompagnent un investissement objectal de la grossesse en cours.

Lorsqu'une vivance de culpabilité vis à vis du bébé actuel est évoquée elle est la marque d'un accès, en cours, à un investissement objectal de ce dernier (Mme A, Mme T, Mme P, Mme M, Mme S).

Cependant, cet investissement peut avoir lieu sans qu'il y ait nécessairement l'expression d'une culpabilité vis à vis de lui (Mme J, Mme M et Mme G). Chez Mme B, Mme C

et Mme F, l'accès à des représentations du bébé comme objet est moins marquée, même en fin de grossesse. Chez ces trois femmes, il n'y a pas de culpabilité directement dirigée envers le bébé.

Chez Mme D à l'inverse, malgré une difficulté d'accès à une représentation du bébé comme objet total dans un lien d'intersubjectivité, la culpabilité vis-à-vis de lui est très forte. Nous pouvons nous demander si l'intensité de cette culpabilité, envahissante, est, à l'inverse de notre hypothèse, un facteur bloquant Mme D dans le processus d'objectalisation du bébé à venir.

HO 4.4.2 Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis à vis du bébé actuel sont présentes, plus le score au PAI est élevé.

TABLE 7.3 – Scores PAI

	T1	T2	T3
Mme A	38	56	56
Mme B	51	/	65
Mme C	36	42	39
Mme T	52	52	55
Mme F	40	50	53
Mme P	41	59	63
Mme D	55	55	/
Mme J	71	72	69
Mme M	49	52	66
Mme S	60	57	56
Mme G	47	50	58

Conclusion HO 4.4.2 - Dans le discours des trois entretiens semi-structurés, plus les vivances de culpabilité vis à vis du bébé actuel sont présentes, plus le score au PAI est élevé.

Le score au PAI n'est pas relié à l'expression de vivances de culpabilité vis-à-vis de bébé de la grossesse actuelle. Dans l'échelle PAI, sont mélangés à la fois les aspects concernant la place psychique que la femme accorde au bébé à venir et l'accès à une représentation (proto)intersubjective de la relation avec lui.

Conclusion HG 4.4 - La présence de vivances de culpabilité accompagne l'investissement objectal de l'enfant à venir.

L'expression de culpabilité vis à vis du bébé actuel est un marqueur de la possibilité de la femme à considérer le bébé dans une relation (proto)intersubjective. Mais elle n'est pas nécessaire pour que cela soit le cas. De plus, si elle est envahissante elle peut au contraire entraver la mise en place d'un lien (proto)intersubjectif. En revanche la présence de culpabilité n'est pas reliée avec la place psychique que la femme peut accorder à son bébé au cours de la grossesse. Nous ne pouvons conclure sur cette hypothèse de façon univoque.

Quatrième partie

Discussion

Dans cette partie de notre travail nous discuterons les résultats au travers de différents axes, dans un aller-retour entre théorie et clinique. Dans le Chapitre 8 il s'agit d'une mise en perspective de la littérature existante au vu des résultats aux hypothèses, et d'un apport de propositions nouvelles. Dans le Chapitre 9, nous mettons en avant les limites de notre étude ainsi que les perspectives qu'elle ouvre à la fois dans le champs de la recherche et du soin.

Chapitre 8

Discussion théorico-clinique

8.1 Actualisation du deuil

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, la grossesse suivante a été considérée par les auteurs, soit comme favorisant, soit comme empêchant le processus de deuil du fœtus/bébé décédé. Dans les entretiens que nous avons menés il est clairement apparu que la grossesse, par ses effets de réélaboration des objets internes, est pour toutes les femmes une occasion de reconsidérer la place psychique accordée à l'enfant mort. Il y a donc bien un effet de réactualisation du processus de deuil à l'occasion de la grossesse suivante. Cette réactualisation peut néanmoins être plus ou moins bruyante et avoir un impact sur l'investissement du bébé actuel. Nous constatons que lorsque les représentations du bébé mort évoluent au cours de la grossesse, même faiblement, elles ne bloquent pas l'accès à un lien avec le bébé de la grossesse actuelle. En revanche, lorsque les représentations du bébé mort sont figées, celles du bébé actuel le sont également.

La transparence psychique de la grossesse suivante ravive la grossesse interrompue et favorise la (re)-mise en route d'un travail psychique autour de la perte du fœtus-bébé de la grossesse précédente, soit dans le sens d'une élaboration du deuil, soit au contraire, dans le sens d'une évolution mélancolique. (De Wailly, 2015, p. 525)

Il semble donc particulièrement important de permettre aux mères, à ce moment-là, de parler de ce bébé mort, ne pas être dans le déni de son existence et de ce qu'elles ont vécu. On peut néanmoins être attentif à ce que le bébé de la grossesse en cours ait aussi sa place dans le discours de la femme et ce d'autant plus que la grossesse avance.

Il est apparu que les études qui portent sur l'impact d'une nouvelle grossesse sur le processus de deuil sont contradictoires. La différence dans la construction de ces recherches peut en partie expliquer ces résultats. Néanmoins, il nous semble qu'une autre explication pourrait venir de l'individualité et de la subjectivité de cette décision. En effet, pour chaque femme, chaque histoire, chaque couple, une nouvelle grossesse peut prendre un sens différent et il est difficile de prévoir *a priori* ceux pour qui la nouvelle grossesse empêchera ou au contraire permettra l'élaboration du processus de deuil du bébé perdu.

8.2 Statut du fœtus/bébé

La question du statut du fœtus/bébé est triplement complexe : entre humain et non humain sur le plan légal ; objet perceptible mais non directement visible dans la réalité matérielle ; à la fois prolongement narcissique et objet interne – partiel et potentiellement total dans la réalité psychique. L'étude du deuil prénatal met en exergue l'évolution de ces différents aspects mais surtout leurs possibles achoppements. Dans cette partie nous discuterons les résultats de notre première hypothèse. Nous avons tenté de mettre en avant le processus d'objectalisation de la grossesse actuelle ainsi que le stade auquel ce processus s'est interrompu à la grossesse précédente. À la lumière de la revue de la littérature, ce processus était pour nous illustré par le passage de l'allocution « je suis enceinte » à « je porte un bébé ». Autrement dit, lorsque le bébé avait une place en tant que tel dans la pensée de la femme nous avons considéré que l'objectalisation était en cours. Afin de déterminer la place psychique du bébé nous avons relevé dans le discours les éléments permettant de dire que la femme pensait à lui en tant que bébé : elle se le représente, lui attribue des traits physique et/ou psychiques, elle le nomme, elle prépare sa venue. Nous avons également cherché à déterminer si une relation d'objet était à l'œuvre : elle lui parle, elle le caresse au travers son ventre. Les items du PAI étant assez proches de ces questions nous avons également regardé l'évolution du score. Les scores au PAI sont assez hétérogènes et ne correspondent pas toujours à ce que nous retrouvons dans le discours des femmes.

A l'issue de l'analyse des résultats, il nous est apparu que nous n'étions plus certains d'avoir observé ce que nous souhaitions. Ainsi, plutôt que la relation d'objet mère/fœtus-bébé nous avons été amené à regarder ce qui dans l'entretien laissait penser que la femme accordait une place à une intersubjectivité naissante variable avec le fœtus/bébé. Nous avons pu mettre en avant que certaines ressentent un lien unilatéral, allant uniquement d'elles vers le bébé et d'autres perçoivent une (proto)intersubjectivité en considérant que le fœtus/bébé répond à leurs sollicitations.

Par ailleurs, nous avons constaté que la quantité de représentations que la femme a de son bébé n'est pas toujours en lien avec la mise en place d'un lien ou d'une relation intersubjective. En effet, la femme peut se sentir en lien avec le fœtus/bébé sans pour autant avoir de représentations sur ses traits physiques ou psychiques. L'inverse est plus rare. Les travaux de Gourand, Missonnier, Soubieux et Soulé (2011) mettent en avant la primauté des interrogations parentales autour de la vivacité du fœtus et de sa normalité sur celles concernant son apparence. Dans cette lignée, il apparaît que les représentations du lien avec le fœtus/bébé constituent une sorte de matrice aux représentations sur le sexe et les traits physiques et psychiques, mise en exergue ici du fait des antécédents d'IMG et de l'angoisse subséquente.

Enfin, le fait que la femme ait de son bébé un certain nombre de représentations, n'est pas la marque de l'accès de ce dernier à un « statut d'extériorité » (Bydlowski et Golse, 2001). En effet, dans le cas des femmes ayant interrompu une grossesse, les représentations du bébé à venir peuvent être bloquées ou encore envahies par les représentations du bébé mort. Quand Mme P pense que son bébé actuel ressemblera à son mari parce que le bébé mort lui ressemblait, nous pouvons penser que cette représentation n'est pas la marque que le bébé actuel est pour elle un être différent bientôt externe. Lorsqu'en fin de grossesse,

Mme J s'inquiète que son bébé à venir ne l'aime pas, elle pense au bébé mais il s'agit d'une représentation complètement absorbée dans la projection de sa propre agressivité. Ces projections ou identifications projectives sont à l'œuvre pendant la grossesse et continuent de l'être après la naissance. Elles sont présentes en même temps que des représentations du bébé en tant que sujet différent ayant ses besoins propres et capable d'intersubjectivité. **Il nous apparaît nécessaire de décompacter l'expression « processus d'objectalisation de la grossesse ». Nous proposons ici de la déconstruire afin de la complexifier.**

L'objet en psychanalyse est tout ce qui est susceptible d'être investi. L'objet est d'abord partiel : « *Est objet partiel tout ce qui peut être traité comme tel, c'est à dire incorporé, possédé, retenu, expulsé, maîtrisé, mais aussi donné, reçu, demandé* » (Brusset, 2013, p. 129), puis au décours du développement psychosexuel, l'objet est aussi un objet total, autre sujet. L'objet est l'objet de la pulsion et l'objet externe. La relation d'objet est à la fois celle qui est établie avec l'objet d'amour externe, personne totale, sujet autre, relation constituée sur un choix d'objet ; et à la fois un mode de relation établit avec les objets partiels (partie de soi ou de l'autre, vecteur de satisfaction pulsionnelle), au cours du développement psychosexuel (ex : relation d'objet orale, anale, etc.) ou psychopathologique (relation d'objet mélancolique par exemple). C'est avant tout, dans la métapsychologie classique, les liens entre le moi et les objets internes qui sont étudiés. L'école anglaise des relations d'objet met l'accent sur la nécessité de la prise en compte de l'objet externe dans la compréhension du fonctionnement psychique du sujet. Défendant ce qui avait été oublié, ils en mettent de côté l'apport majeur de la psychanalyse que constitue le concept de pulsion. D'un point de vue épistémologique, après deux temps historiques où différents auteurs ont explorés ce qu'il en était de l'intrapsychique et de la relation à l'autre, aujourd'hui, des auteurs proposent une dialectisation de ces aspects. Une véritable prise en compte de l'autre-sujet dans une métapsychologie pulsionnelle est théorisé.

On ne peut plus penser la pulsion et son devenir psychique sans prendre aussi en compte la manière dont elle est reçue, accueillie ou rejetée par l'objet qu'elle vise. On ne peut plus penser la pulsion comme simple impératif de décharge sans prendre aussi en considération le message subjectif qu'elle porte et transmet. (Roussillon, 2004, p. 737-738)

Le bébé dans le ventre de sa mère est paradigmatique de la polysémie de l'objet en psychanalyse. Deutsch pointe des sources libidinales prégénitales qui s'expriment, par un jeu entre les motions orales et anales, entre incorporation et expulsion, dans les nausées et vomissements ou dans les envies du début de la grossesse. « *Dans la formidable perturbation de l'économie libidinale qui se produit avec la grossesse, la voie de la régression jadis suivie mène à la recherche de toutes les tendances libidinales jadis abandonnées* » (Deutsch, 1924, p. 82). Il y a à la fois une importante libido narcissique mobilisée sur l'enfant, mais qui s'apaise selon l'auteure lorsque l'enfant de met à bouger, se situant ainsi dans le monde extérieur, génitalisé : « *Les relations d'objet avec l'enfant et ces relations purement narcissiques, nous le voyons, existent simultanément, et côte à côte ; de plus, même dans la matrice, l'enfant revêt aussi le sens d'un objet extérieur et devient le dépo-*

sitaire libidinal de divers investissements d'objet. » (Deutsch, 1924, p.82) L'enfant devient une « *véritable œuvre de sublimation, issue majeure de la créativité féminine* » (Parat, 2010, p. 819). Nous pouvons rapprocher cette idée de la fonction objectalisante (Green, 1983), activité psychique de création d'objets, particulièrement à l'œuvre au cours de la grossesse (voir Chapitre 1.2.3.1).

Pour Deutsch, « *la relation mère-enfant représente donc une réalisation complète de l'état primaire dans lequel il n'y avait pas encore la moindre séparation entre la libido du moi et la libido d'objet* » (Deutsch, 1924, p. 82). Cependant Parat note que comme l'enfant représente l'idéal du moi maternel, « *il y a conflit possible avec le moi, car l'enfant reste un objet du monde extérieur sur lequel se jouent tous les conflits d'ambivalence liés aux différentes phases du développement de la libido* » (Parat, 2010, p. 819).

Comme nous l'avons vu, Bydlowski et Golse ont mis en avant le « processus d'objectalisation » de la grossesse

Du point de vue de la mère, il y a donc un gradient qui va de « l'objet interne », métaphore des soins maternels d'autrefois (bébé qu'elle a elle-même été ou qu'elle croit avoir été) à « l'objet externe » (son bébé de chair et d'os) par le biais d'un mouvement de désinvestissement progressif du premier au profit du second. Cette dynamique correspond à une évolution particulière du statut d'extériorité. (Bydlowski et Golse, 2001, p.32)

Cette théorisation a permis de mettre en avant un processus dans l'accès à l'extériorité de l'objet bébé. Néanmoins, elle pose selon nous trois problèmes :

1. Comme nous l'avons déjà souligné, leur formulation va dans le sens de la balance libidinale entre soi et objet, l'un au profit de l'autre tel qu'elle est définie par Freud. Nous constatons qu'au cours de la grossesse les investissements narcissiques ne diminuent pas au profit de l'investissement objectal du bébé, mais qu'ils restent présents tout au long de la grossesse et prennent plus ou moins de place selon les femmes.
2. L'évolution chronologique proposée par les auteurs ne se retrouve pas dans le discours des femmes chez qui nous constatons des aller-retours entre ces différents investissements tout au long de la grossesse. Pour Mme D, qui a interrompu sa grossesse à 35SA le fœtus/bébé est « un truc ouateux, une partie de moi ». Alors que pour Mme J ayant interrompu à 26 SA il est « un petit être avec qui il y a un lien » (Mme J). **Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le terme de l'MG et l'élaboration du versant objectal du deuil.**
3. L'expression « processus d'objectalisation de la grossesse » ne nous semble pas adéquate, en effet, avant d'être considéré comme objet total, le fœtus est déjà un objet partiel ; avant d'être objet externe, il est objet interne. L'objectalisation est le lien pulsionnel à l'objet (Brusset, 2013), ce lien existe donc d'emblée et n'est pas un processus puisque le bébé est déjà un objet interne avant même d'être dans le ventre de sa mère. Ce qui en revanche peut être pensé comme processus est l'investissement, la plupart du temps progressif, mais soumis à des aller-retours, notamment dans les situations de suspicion ou de diagnostic de pathologie fœtale, de l'investissement du

foetus comme autre-sujet, différencié, « *objet total en tant qu'incluant nécessairement une part d'altérité qui échappe au contrôle du sujet* » (Guillaumin, 1996, p. 18). Ce processus n'impliquant pas, comme nous venons de le souligner, le désinvestissement progressif de l'objet interne.

S'il est possible de parler d'intersubjectivité dès les premiers jours de vie il est surprenant de ne pas la prendre en compte dès la grossesse. C'est d'ailleurs ce que propose Missonnier par la théorie de la relation d'objet virtuelle qui met en avant la (proto)intersubjectivité entre enfant du dedans et devenant parents. Le terme de relation d'objet virtuelle pose cependant problème (et nous avons souvent entendu Sylvain Missonnier le lui reprocher) car il fait directement référence dans ses termes à la relation d'objet et ne nomme pas l'intersubjectivité. Il est vrai qu'au cours de la grossesse les échanges ne peuvent se faire par des biais multimodaux du côté de l'enfant puisque la mère en sent les mouvements mais ne le voit pas et ne l'entend pas. En revanche le fœtus lui entend et sent ses parents. Le terme de (proto)intersubjectivité employé par Missonnier nous semble donc adéquat pour parler de ces prémices.

8.3 Honte, culpabilité, dépression ou mélancolie ?

Le statut narcissique de l'investissement du fœtus/bébé est considéré par les auteurs (Golse, 2002 ; Soubieux, 2008, Bydlowski, 2011) comme un élément déterminant du risque mélancolique accru lors d'un deuil prénatal. Comme nous l'avons relevé dans la revue de la littérature, la perte d'un bébé pendant la grossesse peut être traitée par une incorporation et la création d'une crypte, empêchant l'élaboration du processus de deuil. À la lumière de nos tentatives de clarification concernant le statut du fœtus ainsi que de notre analyse de la honte et de la culpabilité dans ce contexte, nous souhaitons discuter de ce risque mélancolique. Nous nous appuyons sur les travaux d'Asseo qui met en avant que,

... sur fond d'atteinte narcissique, la répartition des manifestations de la honte et de la culpabilité permet de rendre compte tant des différentes formes de deuil, plus ou moins pathologiques, que des multiples tableaux de dépression, et de conserver à la mélancolie sa particularité et sa spécificité. (Asseo, 2003, p. 1552)

Dans la mélancolie, décrite par Freud, le processus habituel d'introjection de l'objet au moment de la perte et de déplacement de la libido sur un autre objet n'a pas lieu. À sa place, le moi s'identifie à l'objet perdu car l'investissement narcissique à l'objet est plus fort que l'investissement libidinal. Cet objet était décevant et plutôt que d'accepter sa perte, une régression narcissique s'opère plus facilement du fait du caractère narcissique de l'investissement. « *Ce mécanisme, caractéristique des affections narcissiques, permet l'abandon de l'objet et le maintien de l'amour pour l'objet, réfugié dans l'identification narcissique* » (Chabert, 2003, p. 64). Tous les reproches qui devaient lui être fait sont alors retournés contre le moi. Il s'agit d'une des manifestations cliniques les plus éloquentes du surmoi qui mène à l'auto-sabotage voire l'autodestruction. C'est donc par le biais d'une culpabilité envahissante, démesurée, que se distingue la mélancolie. Freud, a fait le choix de traiter de la différence entre deuil et mélancolie, une affection bien spécifique, qui, comme il le rappelle, est dénuée de honte du fait de ses aspects de « mégalomanie

inversée » (Asseo, 2003). Pour Freud, si le deuil est la réaction à la perte d'un objet d'amour, la mélancolie peut survenir avec ou sans perte d'objet. Elle n'est donc pas à comprendre comme une simple pathologie du deuil. Asseo dénonce l'usage extensif fait aujourd'hui du terme de « mélancolie ». Selon lui, cette extension permet de prendre en compte les processus à l'œuvre, distincts du travail de deuil, lorsqu'une identification narcissique se substitue à un investissement libidinal d'objet. Seulement, il questionne ensuite la pertinence de différencier le deuil de la mélancolie par la qualité narcissique ou objectale de l'investissement d'objet :

Il pourrait paraître à première vue qu'une différence essentielle entre ces deux entités porte sur la qualité, objectale dans un cas, narcissique dans l'autre, de l'investissement de l'objet perdu. Mais est-ce si sûr ? Si tel était vraiment et seulement le cas, pourrait-on vraiment parler de deuil ? En effet, si l'investissement de l'objet perdu ne mettait en cause que la qualité objectale de ce dernier, ne serait-on pas ramené à la problématique de la contingence de l'objet ? En fait, l'objet est « objet d'amour », c'est dire qu'il est aussi porteur de la projection de l'idéal du moi du sujet et ainsi de son investissement narcissique. N'est-ce pas d'ailleurs ce que l'on observe dans le cas du deuil le plus normal, deuil qui appauvrit bel et bien le moi ? Pourtant, il semble que l'usage tende à prévaloir, actuellement, de désigner ce processus par le terme de « mélancolique », ou de le relativiser en parlant de « mélancolisation », ce qui, à mon sens, ne se justifie pas. Le deuil normal est bien un travail de restitution du moi et pas seulement d'examen de la réalité, examen rendu difficile par la fixation libidinale à l'objet. (Asseo, 2003, p.1550)

Par ailleurs, la « dépression essentielle » décrite par Smadja (2004), dans la lignée des travaux de Marty, basée sur une atteinte du moi sans que l'objet n'entre en ligne de compte, se rapprocherait de la mélancolie sans objet décrite par Freud. Or, là encore, Asseo distingue ces deux entités, car en l'absence de culpabilité, la dépression essentielle ne peut être assimilée à la mélancolie. Dans la proposition d'Asseo, la mélancolie conserve une spécificité psychiatrique et métapsychologique.

Nous nous posons la question de la pertinence de considérer la perte d'un fœtus comme plus « à risque mélancolique », Bydlowski (2011) allant même jusqu'à considérer qu'à moins d'un travail psychothérapeutique, la tournure mélancolique est la seule issue au deuil prénatal. D'autres auteurs sont plus nuancés et distinguent ce risque en raison du statut précaire du fœtus, à la fois soi et non-soi. Si la femme peut avoir du bébé perdu un investissement objectal, elle serait protégée du risque mélancolique. À l'inverse, un investissement plus narcissique serait un risque de retrait de la libido dans le moi afin de protéger l'objet interne maternel. **Or, nous ne retrouvons pas cette donnée dans nos résultats. Des femmes, comme Mme B qui n'avaient pas investi le bébé en tant qu'autre différencié, ne présentaient pas de tableau mélancolique lorsque nous les avons rencontrées.**

En revanche, des études quantitatives ont montré la persistance de la phase dépressive du deuil au-delà de la durée habituelle lors d'une perte prénatale (Davis et al., 1988). Chez les femmes que nous avons rencontrées, quatre d'entre elles avaient un score à l'EPDS au-dessus du seuil au premier entretien (entre 7 et 18 mois après la perte), et deux d'entre

elles maintenaient un score élevé au dernier entretien. Chez ces deux femmes, Mme F et Mme C, le score avait diminué en dessous du score seuil au second entretien avant de remonter. Elles ont des scores au PAI inférieurs au seuil au troisième trimestre et des scores supérieurs au seuil à l'échelle de mesure du stress post-traumatique aux trois entretiens. Chez ces deux femmes, les aspects narcissiques de l'investissement du bébé mort sont plus importants et marquants que les aspects objectaux. Mme F ne détache pas son bébé imaginaire du bébé mort, ne pouvant alors le considérer comme un bébé différencié et ne pouvant non plus fantasmer sur le bébé actuel. Chez Mme C, c'est à la figure du double que nous faisons référence :

Le double était à l'origine une assurance contre la disparition du moi, "un démenti énergétique de la puissance de la mort" (O. Rank), et l'âme "immortelle" fut vraisemblablement le premier double du corps. (...) Mais ces représentations sont nées sur le terrain de l'amour de soi illimité, cleui du narcissisme primaire, lequel domine la vie d'âme de l'enfant comme celle du primitif, et avec le surmontement de cette phase l'indice affectant le double se modifie ; d'assurance de survie qu'il était, il devient l'annonceur inquiétant de la mort. (Freud, 1919, p. 168)

Chez elles, l'investissement du bébé à venir est difficile voir presque impossible. Mais ces deux femmes ne sont ni mélancoliques, ni éhontées. Au contraire, si la culpabilité est présente, l'est aussi la honte. Chez Mme F nous la retrouvons dans tous ses aspects (échec, perte de contrôle, caché, exclusion) et chez Mme C surtout dans ses aspects objectaux avec le besoin de s'isoler et le sentiment d'être exclue.

Il existe d'évidentes transitions entre affect de honte et affect de dépression, soit par suite d'une sommation des expériences de honte, soit par suite d'une diffusion trop large d'un choc unique, qui ne peut être freiné ni circonscrit au niveau d'un secteur du moi, et plus précisément au niveau d'une zone ou de plusieurs zones érogènes exclusives (analité, voyeurisme). (Guillaumin, 1973, p.992)

Nous pensons qu'une décompensation mélancolique, si nous la considérons dans toute sa spécificité psychiatrique et métapsychologique, serait plus fonction de l'organisation psychique préalable de la femme et de la fragilité inhérente à l'état de grossesse, que du caractère particulier du statut du fœtus. Néanmoins, cette hypothèse est à mettre en balance avec la critique de ce travail, formulée plus loin, qui ne s'est intéressée qu'aux femmes enceintes après une IMG et non aux femmes qui n'ont pas démarré de nouvelle grossesse.

8.4 Le choix de vie ou de mort, une culpabilité spécifique ?

Le choix qui s'impose aux parents lors d'un diagnostic anténatal nous a d'emblée interrogé sur la présence de vivances de culpabilité, en particulier chez la femme qui est seule signataire de la demande. **La culpabilité est présente lors de MFIU, mais y-a-t-il une culpabilité spécifique lors d'une IMG ? Le cas échéant quel est la place de cette culpabilité spécifique dans le processus de deuil ?** Nos résultats ont montré que la culpabilité d'interrompre la grossesse est présente chez toutes les femmes que nous avons reçues. Chez la majorité d'entre elles, la culpabilité que fait peser la décision, la difficulté

de l'assumer, le sentiment de tuer le bébé est explicitement exprimée dans le discours. Chez d'autres la vivance de culpabilité est refoulée ou déniée et apparaît dans le discours latent, au travers de rêves ou d'identifications projectives, il est alors plus difficile de la distinguer de la culpabilité d'avoir engendré un enfant malade. Il est donc apparu qu'une culpabilité spécifique existe lors d'une interruption médicale de grossesse. Selon l'intensité de cette vivance elle peut s'avérer envahissante et empiéter sur la nouvelle grossesse ou à l'inverse permettre une réappropriation de soi dans un contexte traumatique. Plusieurs femmes ont exprimé leur sentiment d'être devenus parents lorsqu'ils ont dû prendre cette décision pour leur enfant. La culpabilité lutte contre un sentiment d'impuissance intolérable dans un essai de désidentification de la mort de l'enfant (Bitouzé, 1998). Avoir pris la décision d'interrompre la vie du bébé, malgré la difficulté à l'assumer, rend ontologiquement différent de ce bébé mort. **La culpabilité spécifique à la décision peut donc être comprise comme une lutte inconsciente, plus ou moins efficace, contre l'incorporation et l'identification au bébé mort. Se sentir coupable d'avoir tué ce bébé malade permet de ne pas se confondre avec lui, c'est éliminer ce qu'il y a de mauvais en soi sans que l'attaque ne porte sur le moi.** À l'inverse du sentiment d'échec, la culpabilité n'est pas l'expression d'une faille narcissique, se sentir coupable d'avoir arrêté la grossesse, et par là la vie du bébé, peut être compris comme un moyen de contrebalancer le vécu d'échec.

Dans la littérature, les auteurs mettent en lien la culpabilité d'interrompre la grossesse avec la représentation du bébé en tant qu'être humain. Autrement dit, plus le bébé est humanisé, intégré dans la famille, plus la culpabilité d'interrompre la grossesse est grande. Nous ne pouvons aller dans le sens de la littérature. Tout d'abord, ce constat ne prend pas en compte l'expression inconsciente de la culpabilité. Celle-ci, bien qu'absente du discours spontané n'en a pas moins d'impact sur les fantasmes et les conflits psychiques. De plus, dans nos résultats, la culpabilité d'avoir interrompu la grossesse est présente chez toutes les femmes, indifféremment du terme de l'IMG ou du statut du bébé mort. L'intensité de cette vivance ne dépend pas non plus de cette variable. Néanmoins, ce résultat doit être discuté à la lumière de l'homogénéité de notre population quant à leurs origines culturelles et leurs croyances religieuses. En effet, en dehors du contexte de la recherche, nous avons eu des entretiens avec des femmes pour qui la religion ou la culture considèrent que le fœtus est déjà un humain et qui interdisent l'interruption de grossesse. Il est possible que dans ces cas-là, la culpabilité soit plus appuyée car interrompre constitue alors une transgression consciente. Lorsque la culture, la loi, la religion ne définissent pas l'interruption de grossesse comme une transgression, celle-ci est alors vécue comme telle mais de façon moins compréhensible pour la femme : pourquoi se sentir coupable d'un acte qu'on a le droit de faire ? Il n'y a pas d'appui social au sentiment de faute, celui-ci ne trouve pas de support. Il fait alors référence au principe judéo-chrétien « tu ne tueras point ». Lors de l'avènement du surmoi, cet interdit est intériorisé et c'est probablement à cet interdit que répond la culpabilité d'avoir interrompu la vie du bébé. Or aucune punition ne viendra expier la faute. Pourtant c'est bien la punition qui permet un apaisement de la culpabilité. Quand il n'y a pas de punition à l'acte vécu comme transgressif, la culpabilité est plus difficilement élaborable. Elle va alors se déplacer ou chercher une punition.

Quand les femmes ont pu exprimer la culpabilité d'avoir interrompu la grossesse au cours des entretiens, cette vivance semble pouvoir s'atténuer. Lorsque la culpabilité est déniée ou refoulée, elle peut générer des mouvements masochiques (Mme J et Mme G qui envisagent d'accoucher sans péridurale, Mme B qui se contraint à finir notre entretien téléphonique aux toilettes). Or, comme nous l'avons souligné, chez ces femmes, il est difficile de distinguer ce qu'il en est de la culpabilité de l'acte et de celle d'avoir engendrer un bébé malade. Cette seconde source de culpabilité pourrait être mise en lien avec la culpabilité de créer un mauvais objet, « *culpabilité inconsciente, primaire, issue des zones d'indifférenciation sujet/objet ; elle n'accède quasiment jamais à la conscience, elle est plutôt portée par autrui* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 74). La culpabilité primaire est mêlée à la honte primaire, il s'agit d'un « *affect mêlé, qui se différencie au cours des mouvements de secondarisation, en honte et culpabilité secondaires* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 75).

Cette forme plus primitive de culpabilité que celle issue du sentiment d'avoir attaqué un objet d'amour, peut être réactivée lorsqu'une pathologie sévère est diagnostiquée chez le bébé au cours d'une grossesse.

En faisant référence à un article de Ciccone et Ferrant nous pouvons questionner la culpabilité reliée à la décision d'interruption sous un autre angle. Lorsqu'un enfant est porteur d'un handicap, pour ses parents il est alors la punition expiatoire de la faute.

La transgression concerne en particulier le désir d'enfant, autrement dit le désir de prendre la place du parent. Le handicap répond dans le fantasme à la transgression et confirme l'interdit de parentalité ou de sexualité, celles-ci étant réservées, dans la logique œdipienne, infantile, à la génération précédente. Et dans le même temps, parce que la faute a été punie, expiée, le handicap autorise (...) la transgression dans le registre du meurtre. (Ciccone & Ferrant, 2012, p. 22)

Nous nous demandons si la décision d'interrompre la grossesse, de « tuer » le bébé, ne peut être prise par les parents que du fait de ce sentiment d'avoir déjà payé sa faute en engendrant un enfant handicapé ou non viable. Cependant cet enfant n'est pas mis au monde, l'IMG protège de la punition et la culpabilité se maintient. Elle pourrait amener par la suite à des décisions radicales. Après avoir eu le bébé suivant, Mme D et Mme J décident par exemple qu'elles ne voudront plus avoir de nouvelle grossesse alors qu'elles avaient toujours imaginé avoir plusieurs enfants. La réussite de la grossesse suivante, qui leur permet dans une certaine mesure une restauration narcissique et la reprise du processus de maturation interrompu avec la grossesse précédente, n'atténue pas la crainte d'une confirmation de l'interdit œdipien par la survenue d'une nouvelle pathologie fœtale. Les désirs de mort à l'égard du bébé à venir peuvent également être compris dans cette perspective. Rejeter ou désirer inconsciemment de tuer le bébé de la grossesse actuelle parce que ce dernier fait encourir le risque d'un autre échec et d'une nouvelle confirmation de la transgression de l'interdit œdipien. Au regard de ces considérations, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'angoisse permanente que la grossesse s'arrête de nouveau peut provenir, en partie, des désirs de mort envers le bébé et du sentiment de transgression de l'interdit œdipien confirmé par la pathologie fœtale lors de la grossesse ayant donné lieu à l'IMG.

8.5 Lorsque le corps fonctionne mal

Grunberger, dans son étude sur le narcissisme montre qu'à chaque étape de sa maturation pulsionnelle, l'enfant cherche à rétablir le sentiment de complétude narcissique perdu. Il y a donc à la fois la satisfaction pulsionnelle proprement dite obtenue grâce à l'acte qui réduit la tension et « *l'investissement narcissique de ce même acte qui lui confèrera valeur et dignité, concourant ainsi à l'établissement du sentiment d'estime de soi* » (Dessuant, 1983, p. 87). Par exemple, au stade anal, l'exercice musculaire procure à l'enfant une satisfaction pulsionnelle motrice à laquelle s'ajoute « *la satisfaction narcissique d'avoir un corps propre à accomplir des exploits, qui fonctionne bien et obéit parfaitement* » (Grunberger, 1971, cité par Dessuant, 1983, p.87) et augmente chez l'enfant son sentiment de valeur. C'est Chasseguet-Smirgel qui met en lien ce même mécanisme avec l'idéal du moi. La pulsion cherche dit-elle, un abaissement de la tension mais aussi la diminution de l'écart entre le moi et l'idéal du moi. L'idéal du moi étant la réserve de la libido narcissique, lorsque l'écart entre le moi et cette instance se creuse, c'est la baisse de l'estime de soi et la crainte de la perte de l'amour des objets qui survient. Les échecs dans l'apprentissage de la propreté sont ainsi source de vivances de honte, à la l'inverse son succès entraîne la satisfaction narcissique.

Nous avons vu qu'au cours de la grossesse, les différentes étapes du développement psychosexuel sont revisitées, en permettant une confirmation narcissique et une réélaboration. La pulsionalité anale, retenir et expulser, est fortement en jeu au cours de la grossesse dans la dialectique rétention/expulsion du fœtus/bébé. Les vomissements gravidiques ou les menaces d'accouchement prématuré (MAP) pouvant alors être pensés comme des mises à l'épreuve de cette dualité.

En parallèle à cette dialectique pulsionnelle, la grossesse, et particulièrement le ventre de la grossesse qui grandit de semaine en semaine, peut être pensé comme un équivalent phallique, une annulation du manque fondamental de la différence des sexes. Pendant plusieurs mois, certaines femmes exhibent fièrement leur ventre rond, en faisant un objet de fierté. N'est-ce pas ce manque à nouveau envisagé que questionne Mme S lorsqu'elle dit « *ce week-end aussi je me suis dit... que c'est pas forcément facile le tout début, c'est vrai que ça doit être bizarre de... enfin qu'il y a quand même deux changements. D'une part, on doit apprendre à connaître quelqu'un et d'autre part, apprendre à se re-connaître nous enfin... vide* ».

La grossesse, avant d'être une voie d'accès à la réalisation du désir de maternité, est une confirmation que le corps fonctionne, peut procréer aussi bien que celui de sa propre mère. Être enceinte concourt ainsi à la satisfaction narcissique d'un corps qui fonctionne bien, obéit, et peut faire des exploits, ne dit-on pas que la femme accomplit alors « le miracle de la vie » ?

Dans les mémoires inédites de Marie-France Adrien, une femme du début du 20ème siècle, celle-ci raconte qu'elle a perdu Jean-Philippe, son enfant âgé de trois ans, d'une maladie fulgurante. Plusieurs années après, alors qu'elle est enceinte, Philippe, un puîné, tombe malade, elle revoit devant elle l'image de Jean-Philippe mourant. Le choc est tel qu'elle perd le bébé qu'elle attendait. « *C'était un petit garçon ; je suis bien triste ; c'est chaque fois une impression d'échec qui me navre et m'humilie un peu* » écrit-elle.

Nous avons repéré à plusieurs reprises dans le discours des femmes que lorsque la grossesse survient rapidement, après peu de tentatives, elle est source pour elles d'un regain narcissique. Mme M l'exprime ainsi : « *elle [la grossesse] est intervenue rapidement donc ça pour le coup j'étais très contente, j'étais très fière de moi. Ah oui là j'étais super fière de moi vraiment ... là j'étais, un sentiment de plénitude et de satisfaction qui n'a duré que deux jours mais j'ai eu un week-end euh ahlalala j'étais contente, j'étais soulagée, j'étais confiante aussi!* ». Par ailleurs, si la fille renonce, en choisissant le père comme objet d'amour, à l'inceste avec la mère, et par là à la réduction totale de l'écart entre le moi et son idéal, la maternité est une façon de retrouver cette illusion de fusion primitive avec la mère (Chasseguet-Smirgel, 1975).

Or, lorsque le sujet ne reçoit pas de confirmation narcissique à l'exhibition d'un objet idéalisé, la blessure narcissique entraîne un affect de honte se manifestant par un renversement de l'exhibition phallique en exposition anale, avec tout ce que cela comprend de retournement de l'activité en passivité (Chasseguet-Smirgel, 1973).

Revenons à la clinique et voyons en quoi ce déroulé théorique des liens entre corps, idéal du moi et honte, nous permet de mieux comprendre les effets d'un diagnostic anténatal sur le fonctionnement psychique des femmes que nous avons rencontré grâce à l'illustration du cas de Mme D.

Mme D, du corps sacré au corps défaillant.

« *Je me suis toujours dit que si je tombe je suis à la montagne, si je tombe dans une crevasse et que je dois rester deux jours je sais que mon corps – je sais c'est débile de se dire ça – je sais que mon corps tiendra le choc parce que j'ai un corps bien fait qui est euh en tout cas résistant quoi. Je suis pas malade je suis pas machin donc euh je suis dans un truc de confiance euh physique quoi* ».

Mme D a grandi avec une mère qui lui a enseigné l'importance de la maîtrise du corps « *un corps ça doit bien fonctionner, on doit pouvoir faire confiance à son corps* » lui répète sa mère. Elle lui apprend aussi que si le corps est défaillant c'est qu'il y a une raison, psychique et inconsciente, à cette défaillance « *les maladies font sens* ». Les enjeux de l'emprise sont d'emblée perceptibles dans son discours. Emprise sur son corps, en tant qu'objet assurant la satisfaction narcissique, Madame est fière d'être enceinte, l'annonce d'emblée, sans aucune crainte qu'il puisse arriver malheur tant elle a confiance en son corps. Mais aussi emprise sur nous par un flux de parole qui nous enchaîne et nous amène à avoir avec elle des entretiens de plusieurs heures. Mme D nous apprend que sa mère a fait une dépression lors de sa naissance, du fait de la séparation d'avec son père, et l'a laissée pendant trois semaines à sa belle-mère pour partir en voyage, alors que Mme D n'avait pas encore un mois. Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses sur l'expérience de dé-cramponnement précoce de Mme D bébé, lorsqu'elle a été brusquement séparée de sa mère puis, à nouveau de sa grand-mère lorsque sa mère est rentrée de voyage trois semaines après. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les fondations de la force de son emprise actuelle sont réactionnelles à ce défaut initial d'emprise sur sa mère déprimée.

Lorsqu'elle apprend la malformation et qu'elle décide d'interrompre la grossesse

elle prépare beaucoup de questions, a besoin de connaître chaque détail, jusqu'à la dose de produit utilisé. Puis arrive l'IMG, le jour même elle est « *shootée* » elle a pris beaucoup de médicaments, l'accouchement est très long, elle s'endort, se réveille, ne se sent pas consciente. Elle parvient à reprendre un peu les choses en main en s'opposant à une sage-femme qui ayant fini sa journée presse son conjoint de décider s'il veut ou non voir l'enfant. Dans les mois qui suivent l'IMG elle sent soudainement qu'elle ne maîtrise rien, elle a peur de mourir, peur que son conjoint meure « *tout peut se casser la gueule à n'importe quel moment...* ». Elle tombe dans les pommes lors de la biopsie du trophoblaste mettant en corps ce sentiment de « se casser la gueule ». Les mondes externe et interne deviennent dangereux, immaîtrisables : « *tout à peu près pouvait arriver à n'importe quel moment. Un truc de précarité quoi sur ma santé même sur la santé des miens, sur ma relation avec mon compagnon. L'impression que tout pouvait se terminer à n'importe quel moment, sans qu'il y ait de justification, sans qu'il y ait de raison, comme si y avait un piano qui allait me tomber dessus dans la rue. (...) j'ai l'impression d'être une cocotte-minute quoi comme si je pouvais exploser ... comme si je menaçais de... de faire un truc fou encore et inattendu* ». Elle a le sentiment que pour contrer ce vécu d'effondrement il faut qu'elle accepte la passivité, qu'elle puisse se « laisser balayer par l'entourage comme une feuille dans l'eau » au lieu d'être « *dans un truc actif ou il faut que je maîtrise tout* ». Néanmoins, elle convoque de multiples scénarios catastrophes, dans une tentative de se préparer à toute éventualité et de désactiver ses craintes. Dans son discours, l'écoute associative nous permet de mettre en lien ce sentiment violent de perte d'emprise avec le sentiment d'échec de son corps dans l'expérience valorisante de la maternité. Nous l'entendons au travers d'un récit de rêve : « *J'ai rêvé au moins 3-4 fois qu'avec mon compagnon tout explosait, je me retrouvais seule avec l'enfant ... vraiment dans un truc de vulnérabilité, paumée dans une espèce de truc miteux à Marseille avec des trous. Il y avait des trous dans les murs et dans le sol* ». Ce récit exprime son sentiment de ne pas être contenante, le « *truc miteux plein de trous* » pouvant être une représentation de son image du corps. Il exprime aussi le sentiment de ne pas mériter l'amour de son conjoint, amour dont elle se dit si fière. Quand elle apprend le diagnostic de la pathologie et le risque qu'elle en soit porteuse elle se sent trahie par son corps : « *Comment mon corps peut héberger cette maladie-là. Comment il a pu ne pas faire rempart. Laisser la maladie s'implanter, se développer, l'accueillir. Surtout par rapport à tout ce truc le corps doit être fiable, tu dois être en bonne santé tu dois faire du sport. Pour moi c'était un truc, ça pouvait juste pas m'arriver* ». Dans un mouvement de confusion avec le bébé qu'elle a dû porter mort pendant de nombreuses heures elle se sent elle-même contaminée par la mort et incapable de faire des enfants vivants « *il y a un an j'avais l'impression que j'étais, que je ne portais que la mort, je donnais naissance qu'à la, qu'à un truc dysfonctionnel* ». Elle exprime nettement le sentiment d'indignité : « *j'ai un vrai déficit de fierté* »

quoi. Donc c'est pas la honte mais c'est quand même pas loin. C'est sur le fait que je sentais que j'avais besoin d'avoir l'impression d'être fière de moi, d'être fière d'un truc que je faisais. Que la plupart des mères triment leur enfant avec vachement de fierté « mon fils regarde comment il est beau », et que moi j'étais dans un truc où j'avais l'impression que la vie était devenue insupportable, j'avais envie de faire des beaux trucs, d'être fière de ce que je faisais. Ce qui était le cas du coup quand j'ai balancé mon boulot et que j'en ai trouvé un autre, c'était ce que c'était, mais je suis hyper fière d'avoir fait ça, et que c'est un truc qui m'a... vachement réconcilié avec la vie, vachement remis en selle. Le fait d'avoir un sujet de fierté. Parce que j'ai vraiment senti qu'il y avait une béance en fait de, de pas pouvoir être fière de son enfant, parce que j'avais pas d'enfant quoi ». Suite à la seconde IMG, le sentiment d'échec se renforce, et la dimension de comparaison avec les pairs apparaît : « Il y a une sensation de... de... de de... C'est à dire qu'en fait vous voyez... l'inverse de la honte c'est la fierté, vous voyez que vos copines qui ont eu des enfants etc. en sont extrêmement fières, et je me sentais pas fière de moi. Mais je me..., mais j'avais pas la sensation d'avoir honte pour autant ». Le sentiment d'échec se prolonge lorsque je la rencontre « je crois qu'on est dans une telle peur que ça foire à nouveau, qu'on n'ait pas cet enfant à nouveau », elle a peur d'être une mauvaise mère pour l'enfant à venir du fait de l'antécédent. Alors qu'elle était fière de se montrer enceinte à la grossesse précédente, elle « rase les murs », ne l'annonce que très peu : « J'ai pas eu ce truc de fierté de, de « je suis enceinte », pas du tout ».

Arrêtons-nous sur le concept d'emprise. L'emprise est un terme utilisé par Freud dès 1905, elle est d'abord une pulsion non sexuelle, permettant à l'enfant de se rendre maître de ses propres membres corporels. Plus tard, elle est mise en lien avec le couple activité-passivité et est appelée sadisme lorsqu'elle est au service de la pulsion sexuelle. Dans les « Trois essais », Freud désigne la musculature comme support à la pulsion d'emprise. Enfin, il met plus tard en lien l'emprise avec la pulsion de mort, elle devient une forme que prend la pulsion de mort quand elle est rattachée à la pulsion sexuelle. L'emprise semble pouvoir se déployer entre un versant pathologique de neutralisation du désir d'autrui et de son altérité (Dorey, 1992) et un versant courant permettant la réorientation du désir de l'autre sur soi (Denis, 1997). Ferrant propose une réflexion métapsychologique rigoureuse et novatrice sur la notion d'emprise. Reprenant les travaux de Freud, il dégage la théorisation d'appareil d'emprise, souvent négligée au profit de la psychopathologie de l'emprise. Le travail de l'emprise construit un appareillage de la psyché qui se définit comme « un ensemble de conduites motrices puis relationnelles qui visent à modeler autrui de telle sorte que les conditions de satisfactions soient assurées » (Ferrant, 2001, p. 193). « L'emprise de vie » ou « bien tempérée », se construit dans les relations précoces par des emprises croisées entre le bébé et son entourage, faisant fonctionner le moi dans ses trois exigences (celles du surmoi, du ça et de la réalité externe). Il remarque que l'échec précoce du travail d'emprise conduit le plus souvent sur l'intensification des conduites d'emprise. Il distingue cependant des situations qui conduisent le sujet à la perte de ses possibilités d'emprise sur lui-même,

plus forte que la perte de contrôle, la « déflation » d'emprise entraîne une désorganisation de la place médiatrice du moi. Il formule alors l'hypothèse que « *l'insuffisance d'emprise est accompagnée de l'émergence de la honte* » (Ferrant, 2003, p. 1782). « *La honte surgit précisément dans la perte de ce qui a été d'abord tramé et organisé. Elle accompagne et signe la déchirure de cet accordage d'emprise basal* » (Ferrant, 2003, p. 1785). Cette situation peut toutefois être transitoire et réversible avec l'aide « d'un cadrage thérapeutique et relationnel spécifique, le sujet peut mettre en travail ce qui a radicalement, mais provisoirement, bouleversé son organisation psychique ». La honte qui accompagne la déflation de l'emprise est aussi reliée par l'auteur (Cicone et Ferrant, 2009), à la perte du sentiment de sécurité. Ce que nous retrouvons très fortement chez Mme D.

Lorsque j'appelle Mme D pour la première fois, afin de lui parler de la recherche (elle en avait été informée auparavant par la sage-femme), elle me demande si je serai à même de lui dire si elle « *part en vrille* » et de lui indiquer, le cas échéant, une prise en charge adaptée. Mme D ne se sent plus en mesure de juger elle-même de sa capacité à faire face. La fonction médiatrice du moi a été mise à mal et elle cherche des moi auxiliaires chez le chercheur et dans son entourage,. Elle a été particulièrement marquée par le désarroi de sa mère qui n'a pas su comment l'accompagner : « *après la naissance dans le, ma mère elle a passé un an elle savait plus comment me parler. Elle, là pour le coup c'est hyper étrange de, de... de devenir complètement étrangère à votre mère, elle sait plus comment vous aborder elle sait pas quoi dire. (...) Je pensais qu'il y avait un truc instinctif, pas instinctif mais euh inconditionnel quoi. Un truc de mère-fille qui fait que bon... elle savait, elle sait toujours comment se comporter quoi, 'fin que c'est pas comme si tout à coup je deviens indéchiffrable. Et là si en fait, je deviens un peu indéchiffrable pour elle, euh... c'était, c'était hyper déstabilisant pour moi* ».

Cicone et Ferrant mettent en lumière les procédés d'enfouissement de la honte qui viennent en lieu et place du refoulement et se rapprochent du caveau décrit par Torok et N.Abraham (1987). L'enfouissement implique une opération qui place en profondeur, sous d'autres couches, le noyau honteux, qui n'est pas transformé et garde son potentiel blessant. Ils décrivent un phénomène à première vue paradoxal, qui accompagne le procédé d'enfouissement « *la situation honteuse enfouie, est souvent visible pour autrui, comme si ce qui était caché d'un côté était montré ou exhibé de l'autre* » (Cicone & Ferrant, 2019, p. 80). Cette exhibition peut aller jusqu'à un retournement en son contraire, le sujet « *revendique le trait honteux comme une spécificité originale et d'une certaine façon admirable, qui exige la reconnaissance et convoque le regard (...) en ce sens il est une tentative de 're-cramponnement'. (...) on relève aussi, dans ce type de démarche, la dimension d'un forçage et d'une exhibition* » (Cicone & Ferrant, 2019, p. 86). Nous souhaitons citer Annie Ernaux qui parle de son Interruption Volontaire de Grossesse :

Il n'y avait pas de berceau dans ma chambre, mais j'avais mis bas moi aussi. Je ne me sentais pas différente des femmes de la salle voisine. Il me semblait même en savoir plus qu'elles en raison de cette absence. Dans les toilettes de la cité universitaire j'avais accouché d'une vie et d'une mort en même temps.

Je me sentais, pour la première fois, prise dans une chaîne de femmes par où passaient les générations. (Ernaux, 2000, p. 114) Et plus loin : Je marchais dans les rues avec le secret de la nuit du 20 au 21 janvier dans mon corps, comme une chose sacrée. Je ne savais pas si j'avais été au bout de l'horreur ou de la beauté. J'éprouvais de la fierté. Sans doute même que les navigateurs solitaires, les drogués et les voleurs, celle d'être allés jusqu'où les autres n'envisageront jamais d'aller. C'est sans doute quelque chose de cette fierté qui m'a fait écrire ce récit. (Ernaux, 2000, p. 118-119)

Mme D traverse des vivances de honte particulièrement intenses et s'en défend à plusieurs reprises par des dénégations. Alors qu'elle vient de nous raconter de façon éloquente son malaise face au sentiment de dévoilement de son intimité quand elle doit parler de la mort de son bébé – « *j'ai une forme de malaise parce que je trouve que perdre un enfant, les, comme ça dans ces conditions-là c'est un truc hyper intime. Mais vraiment hyper intime. Je trouvais ça, assez, je trouvais ça un peu violent de... que tout à coup ce soit exposé à un entourage professionnel (...)* c'est un deuil particulier et et du coup, il y a un truc un peu exposé... à tout, à tout le monde, que qui parfois j'avais, j'avais l'impression d'être à poil devant les gens quoi » – elle poursuit en disant qu'elle ne ressent pas de honte. À l'entretien suivant elle dit d'emblée être choquée par l'idée que des femmes qui ont vécu un deuil prénatal puissent ressentir de la honte. Pourtant, elle se sent guettée par son entourage, observée, elle se met à l'écart de ses amis pendant plusieurs mois suite à l'IMG : « *tous les jeunes parents étaient en même temps, je sentais que je les glaçais. Que toutes les femmes enceintes me regardaient genre « putain merde ! ». Il y avait plein de gens qui savaient pas comment m'approcher, je sentais leur malaise* ». Elle déploie alors des mécanismes d'exhibition pour contrer cette vivance de honte, cette perte d'emprise, ce sentiment d'échec. La honte n'est pas refoulée, elle nous en parle ouvertement mais elle est en même temps déniée, dans le discours et dans ses attitudes. Elle devient chroniqueuse radio et y parle de mort en permanence ; elle se sent différente des autres femmes, « *plus expérimentée, en tout cas d'avoir expérimenté un truc un peu limite quoi, un peu... qui fait que ben voilà, pour moi c'est différent, ça peut pas... je me sens pas seule pour autant quoi, mais euh... mais c'est vrai qu'on vit pas du tout les mêmes trucs* ». Elle suscite dit-elle, la curiosité pour avoir côtoyé la mort de si près. Contre-transférentiellement, lorsque je finis les entretiens avec Mme D je suis exténuée (rappelons-le, ce sont à chaque fois entre 2h30 et 3h30 d'entretien) et me rends compte que j'ai été captivée par son discours, la trouvant passionnante (mot inscrit dans mes notes après chaque entretien), discours constitué de longs monologues où elle dévoile ses pensées et ses fantasmes. Les entretiens sont pour elle des temps d'élaboration, elle se montre très sensible à la dynamique de l'entretien avec de nombreux mouvements introspectifs. Dans la continuité de notre théorie sur l'emprise de Mme D, nous pouvons penser qu'elle m'a fascinée, me prenant ainsi en emprise.

Mon vécu contre-transférentiel va dans le sens de la confirmation des mécanismes de retournement de la honte en son contraire. Ciconne et Ferrant soulignent le caractère psychopathologique de ce processus. Il nous semble que Mme D a pourtant eu recours à des mécanismes plus adaptatifs pour recouvrer la déflation d'emprise. Durant la période de l'IMG, elle fait preuve d'une certaine créativité : elle dessine et écrit sur des carnets – qu'elle nous montrera lors de notre troisième rencontre – mettant ainsi en place des mécanismes de sublimation « *terme trop généraliste cependant qui ne convient pas adéquatement aux destins de la honte dans la mesure où il relève davantage des destins du sexuel* » (Ciccone & Ferrant, 2019, p.103). « *Toute œuvre d'art, fût-elle la plus anonyme, implique l'emprise c'est à dire la saisie de l'objet, sa transformation et son modelage* » (Ferrant, 2001, p.194). Par ailleurs, elle mène avec son conjoint un projet de publication de livre d'humour, qu'elle parvient à mener en parallèle et l'aide à traverser la période de l'IMG : « *on n'était pas que du drame, on n'était pas qu'un truc de tragédie euh que, que, que qu'un projet qui qui avorte quoi, qui qui échoue* ». Humour dont elle peut aussi se servir à certains moments pour se sortir de situations embarrassantes avec ses collègues. L'humour étant, selon Tisseron (1992) un des aménagements structurant de la honte. Si elles ne permettent pas de traiter la honte, ces créations et publications, permettent à Mme D de maintenir le cours de sa vie.

8.6 L'accouchement, reprendre le contrôle du corps ?

Nous avons vu avec le cas de Mme D, que le diagnostic prénatal peut très largement mettre à mal les bénéfices narcissiques tirés de l'apprentissage de la propreté entraînant un sentiment profond de défaillance du corps et provoquant des vivances de honte importantes. Nous nous interrogeons alors sur la fonction de l'accouchement, action d'expulsion, entre jouissance et douleur, l'accouchement correspond au second temps de la dualité rétention/expulsion de l'objet anal. Beaucoup de femmes, lorsqu'elles prennent la décision d'interrompre la grossesse, n'envisagent pas au départ qu'elles devront accoucher par voie basse, elles veulent être endormies, ne rien sentir. Pourtant, les pratiques actuelles ne vont pas dans ce sens. Les femmes sont amenées à accoucher par voie basse du bébé, car aucune raison obstétricale ne justifie la césarienne. Si nous mettons de côté le motif médical nous pouvons nous interroger sur le sens de cet accouchement. Pourquoi les équipes, en dehors des raisons médicales, le proposent-elles ? **Nous pouvons penser l'institution en terme groupalistes, ayant un « appareil psychique groupal » (Kaës, 1993) et mettant en place des mécanismes de défense collectifs. La suggestion institutionnelle d'accouchement du bébé mort par voie basse pourrait alors être pensée comme une réaction des équipe à l'angoisse de déflation narcissique de perte de contrôle éprouvé dans ce contexte. Autrement dit, l'accouchement du fœtus/bébé mort a-t-il une fonction pour l'institution de reprise de contrôle du corps ? Permettrait-il de se sentir à nouveau capable de maîtriser la rétention et l'expulsion et ainsi a-t-il une fonction de réparation narcissique ?**

Chez Mme D, l'accouchement du bébé mort a été extrêmement long, une trentaine d'heures, elle a eu une escarre, « *trace anachronique, de vieux* » dit-elle. L'accouchement n'a pas

pu se constituer pour elle en moment de passage et de transformation. La majorité des femmes que nous avons rencontrés racontent le moment de l'accouchement comme un temps décroché de la temporalité réelle, elles se disent « dans les vapes », « ailleurs », entre la veille et le sommeil. Quelques femmes perdent connaissance lors du geste foeticide ou de la pose de la péridurale. Elles justifient souvent cet état par la quantité du produit anesthésiant – très fortement dosée pour les IMG. Ce ressenti peut aller jusqu'à un vécu de clivage entre le haut et le bas du corps, comme si le bas du corps pouvait être amené à disparaître avec le bébé mort. C'est ce que nous pouvons entendre par un lapsus de Mme F : « *pour l'interruption de grossesse, on en a fait une qui était euh... sacrément dosée. Et là je trouve ça désagréable parce que j'ai mis, ils me l'ont fait du coup le matin et jusqu'au lendemain matin, j'ai récupéré mes jambes, enfin l'usage de mes jambes que le lendemain matin* ». Malgré une impression de contrôle extrême : « *tout devait être réglé... comme du papier à musique. Et puis euh... ça s'est passé comme on me l'avait expliqué donc euh du coup.. ça s'est bien passé, ça s'est très bien passé* » dit Mme J, « *j'étais pas..maître de rien, de rien du tout, parce qu'il fallait absolument que j'appuie sur le bouton de la péridurale pour pas sentir les contractions...j'ai pas poussé... il est sorti tout seul...* ». Chez elle, le clivage s'opère entre ses affects et ses représentations au cours de l'accouchement, elle est dans un déni massif de la mort qui laisse probablement entendre l'intensité des fantasmes sous-jacents : « *moi tout ce que je voulais c'est que tout se passe bien. Et mon mari en plus il m'avait fait peur parce que moi j'avais pas peur de la mort mais il m'avait fait peur. Il m'avait dit « mais Céline mais il faut genre tiens bon quoi voilà* ». *Il m'avait dit mais si Céline elle meurt ? Non mais non. Mais c'est vrai que j'avais jamais pensé que je pouvais mourir je sais pas un truc tout bête mais bon.. du coup du coup pour moi c'était voilà il fallait que l'IMG se passe bien, que ça soit pas trop long et euh... (...)* quand il font l'injection ils nous disent que c'est fini puis c'est fini en fait. *Hum. Mais euh.. je pense qu'on prend pas... conscience véritablement tant qu'on l'a pas vu dans nos bras en fait. Parce que là j'étais vraiment dans mon truc quoi il fallait que ça se passe comme ça comme ça comme ça et tant que voilà tant qu'il était pas.. sorti de mon corps je pouvais avoir des émotions ou quoi. Voilà c'était tac tac tac ok il est mort mais on savait, on savait, c'était notre décision donc on savait qu'il... que l'issue c'était ça de toute manière donc...* ». **Le ressenti général de l'accouchement du bébé mort n'est donc pas celui d'un moment où les femmes se sentent pleinement actrice dans l'expulsion du fœtus/bébé, mais à l'inverse, un état de perte de contrôle, voire de perte de l'emprise.**

Cependant, pour certaines femmes, l'accouchement peut participer d'un mouvement de reconstruction de soi et de leur intégrité corporelle. Mme S se dit « *contente de l'avoir sentie passer* » alors qu'elle pensait que la dose d'anesthésiant l'en empêcherait. La péridurale ayant mal fonctionné, elle a ressenti la douleur et dit « *je me souviens de cette sensation mais c'est pas directement euh.. traumatisant c'est plus euh... quelque chose même un petit peu euh.. pas un trophée mais enfin.. je sais pas comment dire.. peut-être valorisant je sais pas comment le dire mais.. voilà* ». Cela lui permet aussi de parler avec ses amies de l'expérience de l'accouchement, car elle sait ce que c'est. C'est aussi ce que racontent Mme G et Mme P. **Chez ces trois femmes le vécu de perte de contrôle est ab-**

sent ou s'atténue avec le temps mais il s'accompagne d'un certain nombre de retournements masochistes, comme envisager l'accouchement sans péridurale. Nous avons conscience que les questions que nous soulevons ici sont anthropologiques et potentiellement présentes à chaque accouchement, néanmoins, il s'agit pour nous de questionner ici plus spécifiquement les enjeux de l'accouchement par voie basse d'un bébé mort.

Mme A nous dit que l'équipe lui a proposé d'accoucher par voie basse, alors qu'elle aurait pu à ce terme avoir une aspiration, car elle parlait de sa fille comme d'un bébé, après-coup elle parle d'un « devoir » de faire naître sa fille comme ses deux enfants précédents : *« les sages-femmes ont dit, enfin la façon dont je parlais, elles m'ont amenée sur l'accouchement par voie naturelle et c'est devenu une évidence pour moi de... devoir, enfin pas de devoir, enfin peut être puisque c'est sorti donc je l'ai peut-être vécu comme ça comme un devoir, de... d'accoucher ma fille comme de mes autres enfants. Voilà, on a plutôt opté sur l'accouchement par voie basse... qui ramenait peut-être aussi quelque chose de naturel, de moins médicalisé, enfin d'avoir un accompagnement comme j'ai pu accompagner mes autres enfants, pouvoir aussi l'accompagner elle de la même manière »*. Ce même discours revient aussi chez Mme M *« c'était lui accorder la même place que mes deux garçons parce que je l'ai mise au monde comme j'ai mis au monde Tom et Théo avec une finalité complètement différente mais la méthode été la même. Oui pour moi c'était primordial en fait c'était lui accorder vraiment sa place au sein de la fratrie dans la famille... enfin voilà même traitement que les autres »*. Mme M poursuit en racontant qu'elle s'est sentie *« triomphante »* de sentir que le travail commençait, alors que la sage-femme lui disait sans vérifier que ce n'était pas le cas. Cependant, cela ne suffit pas pour elle à lui redonner un sentiment de contrôle, elle garde de l'accouchement un souvenir traumatique, *« effroyable »*, *« physiquement c'est pire que des angoisses »* dit-elle. L'accouchement peut donc permettre pour certaines femmes, dans notre échantillon, notamment celles ayant déjà deux aînés, d'inscrire le bébé mort dans la lignée familiale, dans la fratrie. L'accouchement se constitue pour elles comme une voie vers la prise en compte du bébé comme autre différencié d'elles-mêmes mais ne s'inscrit pas comme un acte de réparation narcissique, de ré-emprise sur leur corps.

Très souvent par des tournures de phrases dénégatives, les femmes racontent que l'accouchement *« n'est pas un souvenir triste »*, *« n'est pas la partie la plus difficile »*, *« n'appelle pas de souvenir douloureux »*. Certaines ont des mouvements d'idéalisation décrivant l'accouchement comme un temps d'apaisement, presque de bonheur, ce que nous ne pouvons manquer d'entendre comme des formations défensives face à la violence de l'expérience qu'elles ont vécue. **Nous faisons l'hypothèse que l'accouchement d'un fœtus/bébé mort est une expérience comportant une part importante de violence pour les femmes, les confrontant de façon impensable à leurs désirs infanticides. Cette expérience a un fort potentiel traumatique et nécessite le recours à des mécanismes de défense. Penser l'accouchement comme un moment heureux est alors une façon de dénier que l'accouchement est le moment où le fœtus/bébé meurt, où il est « tué » plus précisément et permet de refouler ou d'enfouir ces désirs infanticides. C'est un mécanisme de défense opérant mais qui peut**

alors entraîner un certain nombre de symptômes comme le retournement de l'agressivité coupable et refoulée en masochisme.

8.7 Colère et vivance de honte

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, la honte peut être d'une intensité variable, avec une désorganisation plus ou moins forte de la vie psychique. De Gaulejac met en lien la honte et l'agressivité. Dans la honte réactive, « *l'humiliation est vécue comme une agression que le sujet va chercher à extérioriser sous forme de rage, de haine, de colère, de revanche ou d'ambition* » (de Gaulejac, 1996, p. 71). Nous retrouvons chez de nombreuses femmes, de façon plus ou moins explicite, une colère, un sentiment d'injustice contre lequel elles se révoltent. Elles sentent une injustice car il leur arrive malheur alors qu'elles se sont bien nourries, n'ont pas fumé, pas bu d'alcool alors que d'autres le font pendant leur grossesse et rien n'arrive. Elles éprouvent de la colère et de la jalousie vis-à-vis des femmes, notamment de leurs amies, qui elles continuent d'être enceintes et d'avoir des enfants. C'est ce que nous retrouvons par exemple chez Mme D lorsqu'elle raconte avoir ressenti beaucoup de colère envers une amie qui a accouché d'un garçon pendant la même période à laquelle elle aurait dû accoucher, et qu'elle a refusé d'aller voir : « *je l'ai détestée quoi. Mais je sais pas, j'étais juste en colère contre elle, parce que c'était plus fastoche d'être en colère contre elle que contre ce qui m'arrivait je pense* ». Les liens entre honte et agressivité proposés notamment par De Gaulejac mais aussi par Janin, et Ciccone et Ferrant nous ont permis d'interroger cette colère et ce sentiment d'injustice ressentis par les femmes : **chez les femmes ayant vécu une IMG, la colère, très souvent exprimée, est-elle en lien, et si oui, de quelle façon, avec les vivances de honte ?** Nous proposons de l'étudier au travers de l'étude du cas de Mme M, chez qui la colère exprimée envers l'extérieur était particulièrement forte au cours de nos trois rencontres.

La colère de Mme M.

Dans la présentation du cas de Mme M j'ai mis en avant un mouvement de bascule paradoxal dans mes ressentis contre-transférentiels. En effet, lorsque j'ai rencontré Mme M pour la première fois, je me suis sentie agacée par elle. Pourtant son discours est intéressant, elle exprime beaucoup de choses, et se montre très sensible, pleurant à de nombreuses reprises. Mais chez moi, l'empathie et l'identification peinent à se mettre au travail. Aux entretiens suivants elle est moins sensible et plus affirmée et je me sens en même temps moins agacée et plus empathique. Je me suis alors questionnée sur ce vécu contre-transférentiel. Mme M se décrit comme une personne exigeante envers elle-même, perfectionniste, ayant l'habitude de maîtriser sa vie et son corps, et raconte des épisodes d'angoisse et de dépression lorsqu'elle a traversé des situations de passivation ou d'échec. Alors qu'elle est suivie à la maternité de Necker elle trouve compliqué de s'y rendre pour nos entretiens et me demande un aménagement pour pouvoir participer à la recherche. Il est vrai qu'elle habite loin et pourtant je me demande si en acceptant de bouger notre cadre habituel je ne suis pas en train d'accéder à son besoin de maîtrise. Cela participe peut-être de mon

ressenti contre-transférentiel. Mais un élément important s'y ajoute : Mme M est en colère. Elle n'exprime pas de colère contre moi, mais elle est en colère contre beaucoup de soignants, sauf ceux de Necker, qui sont au contraire plutôt idéalisés. Je ne suis pas à proprement parler une soignante à Necker puisque je n'y intervins que pour la recherche. De plus en me sortant de Necker pour nous faire passer les entretiens ailleurs, je suis moins à l'abri de l'idéalisation et peux peut-être, dans des mécanismes d'identifications projective, recevoir cette colère de façon atténuée, à travers un vécu d'agacement. La colère de Mme M est multiple. Elle est d'abord dirigée vers son gynécologue qui lui dit, lorsqu'il découvre l'anomalie, qu'elle porte un « *Alien* », ce qu'elle vit comme une véritable agression : « *Mon gynécologue a été encore plus violent dans ses mots en me disant que je portais un alien que c'était pas grave que c'était la vie ... (voix tremblante) (...) (pleure) désolée c'est le fait de me remémorer les paroles de mon ancien gynécologue qui m'ont mis très en colère, que j'ai toujours pas digéré parce qu'on dit pas ça à une patient, on ne dit pas ça à une maman qui va perdre son enfant... (...) comparer ma petite fille à un Alien ça je m'en suis toujours pas remise et je pense que je m'en remettrais jamais. Donc à posteriori pour avoir pris un peu de recul je me dis « bon peut-être qu'il était peut-être plus impliqué qu'il ne l'a laissé paraître, c'était aussi une façon pour lui de se protéger et de dédramatiser cette situation qu'il savait dramatique... mais c'était juste pas les mots qu'il fallait employer à ce moment-là et c'est... c'est tellement quand on est dans un tel désarroi c'est encore pire de de s'entendre dire ça »*. Elle est aussi en colère lorsqu'elle rencontre une interne dans un hôpital près de chez elle et que celle-ci ne veut pas croire qu'elle a accouché par voie basse d'un bébé à 18SA, que ce n'était pas une aspiration. Elle est en colère contre son entourage au moment de l'IMG, qui ne comprend pas ce qu'elle vit et la difficulté de la décision qu'elle a à prendre. Elle exprime aussi de la colère à l'égard de son entourage qui va « trop vite » dans l'investissement du nouveau bébé ce qu'elle ressent comme des « intrusions ». Elle est en fâchée contre Dieu de lui faire vivre cette expérience. Et puis elle est en colère contre la presse qui idéalise la grossesse et ne laisse pas de place aux femmes qui, comme elle, ne vivent pas une grossesse idéale : « *Ce qui m'a quand même mis vachement en colère dans ce parcours là c'est que l'IMG globalement vous faites une recherche dans des archives de magazine j'ai pas trouvé un article, pas un article, la seule émission qui a fait des émissions consacrées à ça s'appelle Les maternelles, c'est tout. Et bah ça je trouve ça scandaleux (...) Ah ça me fait rire quand je vois les filles qui sont enceintes de deux mois, et je sens cette naïveté parce que dans leur tête ça ne peut que bien se passer et je me dis tant mieux heureusement je ne leur souhaite pas ce schéma là mais en même temps j'ai envie d'en parler et de leur dire tout n'est pas rose pour tout le monde. C'est ce qu'on vous dit au départ dans les magazines, étant journaliste moi-même ça m'a mis dans une colère noire, pourquoi est-ce qu'on parle tant des difficultés à procréer et de la PMA, (...) et pourquoi on ne parle pas des*

IMG ? ça je n'arrive pas à comprendre. (...) Il ne faut pas non plus tomber dans l'alerte et le psychodrame absolu genre « attention ça va vous arrivez », non mais ça peut arriver et ça m'a mise en colère. (...) Je trouve en fait que la grossesse et vachement sublimée. On ne voit jamais un corps de femme enceinte avec des vergetures, je connais les miracles de Photoshop mais c'est un désastre aussi, les nanas elles sont superbes, elles ont des ventres magnifiques, des jambes toutes fines, des seins comme ça. Bon, non c'est pas tant ça finalement la grossesse, la grossesse c'est un peu de cellulite qui apparaît, des poils sur le ventre pleins de petite chose, on est dans une société où il y a une espèce de pression de sublimation de la femme enceinte. On a l'impression qu'une femme s'accomplie quand elle est enceinte, elle doit forcément être enceinte. (...) Je reproche à la société de sublimer les femmes enceinte d'être dans un monde de « Oui-oui » et ou la pire chose qui puisse arriver c'est une fausse couche, et non c'est pas la pire chose qui puisse arriver, c'est ce qui m'agace profondément. (...) Je trouve qu'il y a une pression sur la femme qui est terrible mais alors quand elle est enceinte tout n'est que beauté, je l'ai très mal vécu ».

Arrêtons-nous un moment sur ce dernier point de la colère de Mme M. Il nous permet en effet de relier la colère à la honte. Freud dit que les hommes « *aspirent au bonheur* ». Cette aspiration a, selon lui, deux buts. L'un est d'éviter le déplaisir ou la souffrance, l'autre est de rechercher de « *forts sentiments de plaisir* » (Freud, 1930). Pour Green, « *jouir devient la preuve d'une intégrité narcissique préservée* » et c'est alors selon lui « *la honte de ne pas jouir qui supplante l'angoisse de castration* » (Green, 1976, p. 42). L'insatisfaction du désir, pire que l'échec, augmente la souffrance narcissique en mettant en avant la dépendance à l'objet pour obtenir le silence des désirs. Chabert, élargit la réflexion en partant du constat de Freud, et en en faisant le point de départ à une réflexion sur une idéologie contemporaine du bonheur roi :

L'idéologie contemporaine qui, sans doute, illustre jusqu'au paroxysme – en particulier à travers le discours et les images médiatiques – non seulement la nécessité de s'engager dans cette recherche, mais à la limite, la honte attachée à une moindre adhésion ou à un échec de cette réalisation : il y aurait presque une blessure ouverte, une plaie narcissique associées à l'absence de bonheur considérée comme une incapacité, une incapacité, voire un handicap humiliant. (Chabert, 2008, p. 93)

Nous pouvons entendre chez Mme M l'humiliation qu'elle subit chaque fois qu'elle lit ou qu'elle entend qu'une grossesse doit procurer du plaisir et être parfaite tandis qu'elle éprouve de la douleur et se sent en échec. La colère qu'elle ressent alors à l'égard des médias est une réaction à la honte subie. Il s'agit là de la honte réactive décrite par De Gaulejac. Cependant, dans le discours de Mme M nous avons retrouvé beaucoup de vivances de honte au cours des trois entretiens. De Gaulejac explique que la honte intériorisée, à l'inverse de la honte réactive « *se produit lorsque le sujet se trouve dans l'incapacité d'exprimer son agressivité face à la violence qui lui est faite. Cette impossibilité naît à partir du moment où il ne peut se retourner contre l'agresseur parce que celui-ci est inattaquable ou que le désir de le détruire bute sur une nécessité contraire* » (Gaulejac, 1996, p. 71). Il pourrait

donc y avoir chez Mme M, à la fois des mouvements de honte réactive mais aussi de honte intériorisée.

Lorsque je questionne Mme M sur ses sentiments à l'égard de Justine, son bébé mort, elle répond « *A l'égard d'elle finalement je n'avais pas... j'étais plus en colère en fait contre le monde entier j'avais un sentiment d'injustice : « pourquoi est-ce que ça tombe sur moi, pourquoi ça tombe sur ma fille ? » c'est ce que j'ai dit à Madame D [Psychologue] c'est « mais merde je fume pas, je bois pas, je mange sainement » dans mon entourage j'ai vu des nanas enceintes fumer, boire, disant que de toute façon neuf mois c'est long et qu'on va pas se priver de tout il faut bien vivre. Tant mieux pour elles leur bébé va parfaitement bien mais c'est vrai que globalement c'est surtout l'injustice... qui me qui m'habitait et ce sentiment de colère parce qu'il y avait une espèce de non-reconnaissance autour de ma petite fille. Donc elle globalement.. pfff non j'étais triste pour elle. Jamais j'étais en colère contre elle, elle aurait préféré aller bien donc euh... donc voilà mais non c'est plutôt de la colère et de l'injustice mais même maintenant je suis toujours... c'est tellement absurde en fait parce que voilà globalement quel était le pourcentage de chance pour que ça nous arrive ? bah ça nous ait arrivé bah ça reste quand même absurde euh... voilà c'est toujours un petit peu... j'ai toujours du mal à le digérer. »*

Nous retrouvons dans ces propos, sous forme d'une dénégation marquée, la colère, voire la haine qu'elle a pu ressentir inconsciemment vis-à-vis du bébé mort mais dont elle se défend en la déniait et en la projetant sur d'autres femmes enceintes qu'elle trouve « *niaises* », son entourage qu'elle trouve « *intrusif* » ou encore sur les médias et la société de façon plus générale qui ignorent, voire dénigrent l'expérience qu'elle a traversée. Nous avons vu que pour Mme M, l'investissement du bébé mort en tant qu'autre différencié n'était pas possible ou en était tout au plus à ses prémices. L'objet interne « bébé » est encore très symbiosé avec le moi et n'est pas pensé comme personne totale. Parler de colère ou de haine à son égard est donc périlleux, puisque comme le rappelle Freud, la haine et l'amour sont réservés aux relations du moi-total avec son objet, celui-ci, en tant qu'objet d'amour (ou de haine) est essentiellement une personne totale (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 292). La colère de Mme M pourrait alors être pensée comme une haine dirigée vers le moi sans pour autant qu'elle ne verse dans un deuil mélancolique. Pourtant tous les aspects semblent réunis. Ciccone et Ferrant nous fournissent alors un éclairage :

On peut dire que ce travail de la honte, dans les contextes traumatiques, traite entre autres les désirs incestueux, mais aussi les désirs meurtriers, infanticides, parricides, etc. La honte peut porter sur l'objet, abîmé, monstrueux, ou plus exactement sur le moi disqualifié par cet objet monstrueux ; mais la honte peut porter aussi sur les pensées, les désirs, les éprouvés mobilisés par et contre cet objet, et en particulier les désirs meurtriers, la haine. Si le travail de la honte traite la haine (l'enfouit, l'encapsule, garde jalousement la jouissance secrète qu'elle peut procurer, etc.), on peut dire aussi que la honte produit la haine. Cet objet qui fait honte devient objet de haine. (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 24)

Nous voyons que chez Mme M, l'objet disqualifié, « *l'Alien* », est le fœtus/bébé malade,

dont l'équivalent interne est encore très symbiosé au moi de Mme M. La haine ou les désirs meurtriers éprouvés à son égard sont donc dangereux pour le propre moi de Mme M, d'où la nécessité de les projeter. De plus, la décision d'IMG concrétise pour une part les désirs de meurtre et un sentiment de toute puissance porteurs de culpabilité « *Même si je ne lui ai rien fait de mal je lui ai pas fait de bien à la petite puce* ». Prendre la décision d'IMG implique dans une certaine mesure et à un moment donné d'exercer une emprise extrême sur le bébé, c'est-à-dire selon la définition de Dorey « *la réduction de toute altérité, de toute différence, l'abolition de toute spécificité, la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet, entièrement assimilable* » (in Denis, 1997, p. 23). Les vécus de jouissances associés à la réalisation des désirs meurtriers et des pulsions d'emprise ne peuvent être projetés et sont gardés, encapsulés par la honte : Mme M se sent « en échec en tant que femme », a le sentiment de perdre le contrôle sur son corps, se sent exclue ou cherche elle-même à s'exclure et à se cacher. **Nous avons ainsi pu voir de quelle façon, la colère, le sentiment d'injustice, la jalousie, l'envie permettent de traiter une part de l'agressivité du sujet (Rivière, 1937) par des mécanismes de projections qui protègent le moi de l'agressivité dirigée originellement vers l'objet interne représentant du fœtus/bébé, lorsque celui-ci est encore symbiosé au moi du sujet. Nous avons également dégagé par cette étude de cas, de quelle façon la honte permet d'encapsuler, de voiler, la jouissance inconsciente pouvant être retirée de la réalisation des désirs meurtriers, infanticide, et des pulsions d'emprise (Cicccone & Ferrant, 2011).**

8.8 Dévoilement du diagnostic anténatal

Lorsqu'une femme décide d'interrompre une grossesse et accouche d'un bébé mort, des mouvements paradoxaux se mettent en jeu dans la dialectique du caché/dévoilé. Avoir un bébé est, au-delà du psycho-corporel, un événement social. La femme enceinte est visiblement enceinte, elle parle de sa grossesse, partage des expériences et une fois que le bébé est né, il est montré, présenté à l'entourage, intégré dans la société. Socialement et légalement les sujets changent de statut en devenant parents. Il nous semble que l'attention portée par l'entourage autour de la venue au monde du bébé permet de détourner l'attention de ce que la grossesse met à nu : la sexualité du couple. La décision d'interrompre la grossesse viendrait alors empêcher cette inscription sociale de l'évènement et dévoiler ce qui normalement reste caché. Nous avons fait l'hypothèse qu'au cours des entretiens nous trouverions, dans le discours des femmes, l'expression de vécus de dévoilement de l'intime. Ces éléments du discours étant des marqueurs de vivances de honte puisque la question du regard de l'autre y est primordiale. « *La honte surgirait toutes les fois où quelque chose qui était perçu par le sujet comme relevant de sa seule intimité – que ce soit un comportement, une émotion ou une pensée – se trouve rendue publique* » (Tisseron, 1992, p. 46).

Les femmes expriment le besoin de cacher leur ventre une fois que leur décision d'interrompre la grossesse est prise. Certaines femmes évoquent aussi leur besoin de se cacher ou expriment leur crainte de se montrer après l'IMG, leurs corps étant marqués d'une histoire qu'elles veulent garder voilée. À la grossesse suivante certaines femmes disent vouloir conti-

nuer de cacher qu'elles sont enceintes, ou se sentent intrusées par les sollicitudes de leur entourage, comme si la barrière protectrice de l'intime avait été effractée. En effet, la honte apparaît « *lorsque l'intimité, créée, conquise mais instable, est effractée. Elle constitue un signal engageant le sujet à reconstruire son positionnement vis-à-vis de l'autre et son intégrité* » (Vaginay, 2012). Chez les femmes enceintes après une IMG, la joie qui est attachée socialement à l'heureux événement que constitue la grossesse disparaît ou est fortement diminuée. Ce sentiment peut être porteur de honte lorsqu'il est dévoilé. Il y a d'ailleurs dans le discours des femmes de nombreux éléments en rapport avec le dévoilement.

La honte ne se partage pas (Green, 1983) et parler de ce qui fait honte reviendrait à être indécent en plongeant les autres dans un univers effrayant (Korf-Sausse, 2012). Beaucoup de femmes ont exprimé avoir été gênées de faire peur à d'autres lorsqu'elles ont évoqué l'IMG pendant les cours de préparation à l'accouchement. Elles sont peinées que leur entourage ne leur parle pas du bébé mort, mais elles ne l'évoquent pas toujours non plus car elles sentent qu'il s'agit d'un sujet « délicat », susceptible de « gêner » les autres. Korf-Sausse explique qu'à « *la honte liée au trauma vient s'ajouter très vite, dès les premiers signes d'hostilité et d'indifférence, la honte d'en parler* » (Korf-Sausse, 2012, p.71).

Se cacher pour ne pas dire, Mme C

Mme C dit ne plus pouvoir voir son ventre une fois la décision d'IMG prise « *j'avais mon ventre en horreur* », ni que d'autres le voient « *je me cachais presque je voulais pas qu'on voit que j'étais enceinte parce que je savais que au bout du compte j'aurais pas mon bébé, et pourtant j'étais à la fin, presque à la fin... (...)* Et de savoir que bah non... et puis on peut pas dire... fin, on peut pas le crier sur tous les toits, je suis pas comme ça... donc finalement c'était plus ce sentiment de se renfermer... ». Cependant, lorsqu'elle reprend le travail après l'interruption elle aurait souhaité pouvoir parler de son bébé : « *ça me dérangeait pas d'en parler aussi autour de moi quoi, qu'on me pose des questions sur ce qui s'est passé etc. mais en fait personne n'osait quoi, mais je comprends hein, mais personne n'osait, et du coup ça me faisait bizarre de revenir sans parler du bébé, de ce qui s'était passé etc. voilà et puis j'avais une autre collègue qui revenait en même temps que moi, qui était enceinte en même temps que moi, et qui avait accouché d'un petit bébé, d'un petit garçon, donc... tout le monde prenait des pincettes pour pas faire de gaffes, c'était... c'était un peu... c'est pas facile quoi...* ». Nous voyons ici comment à la honte de l'événement s'ajoute la honte d'en parler. Lors de la grossesse actuelle, ce sentiment se poursuit et elle ne souhaite pas que la grossesse se voit. Elle ne sait pas comment répondre à la question « *c'est ton premier ?* ». Elle voudrait dire que c'est son troisième mais une voix interne lui dit de se taire, de dissimuler la seconde grossesse. Elle nous demande si nous avons une solution à lui proposer pour l'aider à se sortir de cette situation embarrassante. Elle raconte également un épisode avec un collègue : « *il y a un collègue qui, il y a deux jours, m'a dit « bonne année, ah bah toi ça va 2013 avec un heureux événement ». Je dis « ouais mais c'est pas fait encore », c'est parti tout seul, même si je le pense. Et après je suis partie tout de suite avant qu'il rebondisse ou quoi mais*

pour moi... voilà c'est pas encore, on n'y est pas encore. (...) J'étais dans ma lancée je suis partie, je voulais pas débattre plus, « pourquoi t'as dit ça ? », après je me suis dit « pourquoi t'as dit ça ? », c'est parti tout seul... ». Dans cette anecdote, Mme C met en avant la honte qu'elle a pu ressentir à laisser paraître devant cet homme son sentiment de ne pas considérer cet événement comme heureux. Il nous semble aussi que la gêne apparaît ici parce qu'elle dévoile ses fantasmes de mort autour du bébé à venir : « c'est pas encore fait » voulant dire qu'il peut encore mourir. Elle craint que « tout s'arrête » à nouveau, cette crainte pouvant mettre en avant son vécu de se sentir meurtrière et ses craintes de recommencer. C'est le dévoilement de cette agressivité qui crée la vivance de honte et l'amène à vite s'échapper.

La honte apparaît lorsque se dévoile un élément inconsciemment caché (Neyraut, 1997), ce n'est alors pas tant ce qui se dévoile qui fait honte mais ce qui a amené le sujet à le laisser caché. De nombreuses femmes évoquent leur embarras lorsque, de nouveau enceintes, on leur demande si c'est leur premier enfant. **Nous proposons l'hypothèse qu'à la honte du dévoilement de l'intimité, s'ajoute la honte du dévoilement de l'agressivité qu'elles éprouvent à l'égard du fœtus/bébé mort et de celui à venir. Ce qui produit la gêne, la honte, est la raison qui pousse les femmes à ne pas parler du bébé mort, gêne en miroir de celle de l'entourage. En ne parlant pas de ce fœtus/bébé, il devient inexistant comme s'il s'agissait de le tuer à nouveau, de répéter la décision d'IMG envers laquelle elles expriment une forte culpabilité. Ce serait alors le dévoilement du désir inconscient de la mise à mort répétée du fœtus/bébé qui entraînerait la honte.**

8.9 Honte et groupe de mères endeuillées

« Le pire dans la honte, c'est qu'on croit être seul à la ressentir » (Ernaux, 1997, p. 116)

La question de la groupalité est centrale dans les liens tissés entre honte et culpabilité, qu'il s'agisse du groupe social (Tisseron, 1992) ou de la groupalité psychique (Kaës, 2010). La honte comme la culpabilité sont des vivances qui supposent l'intersubjectivité, « *Ce sont des souffrances de et dans l'intersubjectivité* » (Ciccone et Ferrant, 2009, p. 35).

La honte est au fondement du lien social. C'est un sentiment qui relie les hommes entre eux et qui maintient l'humanité comme un ensemble (...) comment peut-on apprivoiser ce sentiment honte pour vivre avec de telle façon qu'on le transforme en lien social ? (de Gaulejac et al., 2012, p. 27)

La honte et la culpabilité touchent directement ce qui fonde la subjectivité et l'intersubjectivité. En suivant la pensée de Kaës (1993), nous pouvons dire que ces vivances perturbent l'économie de « l'appareil psychique groupal » et de la groupalité psychique. Ciccone et Ferrant (2009), considèrent le partage d'affect comme paradigmatique de la relation de soin. « *L'idée de partage, de communauté, forme le socle de la mise au travail de la honte comme de la culpabilité au sein de l'espace thérapeutique* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 121). Pour ces auteurs, le partage implique une tiercésation de la relation soignant

soigné : l'analysant de l'analyste, le superviseur, les collègues, ont cette fonction tierce nécessaire à ce partage. Ces auteurs soulignent que le partage est à la fois « *effet d'une communauté d'expérience* » et « *effet de d'une partition d'expériences* » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 117). Ils rapprochent cette différence de celle faite par Racker (1968) entre « *identification concordante* » et « *identification complémentaire* ». Dans la première le patient fait vivre à l'analyste un affect par une projection. Dans la seconde c'est un des objets internes du patient qui est projeté sur l'analyste « *et l'analyste se sent comme cet objet interne du patient (il se sent être pour le patient, par exemple, une mère anxieuse, déprimée...)* » (Ciccone & Ferrant, 2012, p. 117) Le soin en groupe est également une piste clinique pertinente pour mettre au travail les vivances de honte et de culpabilité. De Gaulejac explique que les associations de patients, et notamment lorsqu'elles organisent des actions publiques sont

... une façon de socialiser le symptôme, de ne plus vivre dans le repli, l'isolement et la solitude et de pouvoir rendre acceptable socialement ce qui a été vécu à un moment donné comme douloureux individuellement. Ces associations sont très importantes, parce qu'effectivement elles donnent l'autorisation de se montrer. (de Gaulejac et al., 2012, p.15)

Lors d'une perte prénatale nous retrouvons, chez certaines femmes, une tentative de transformation de la honte en s'intégrant symboliquement à un nouveau groupe de référence, celui des parents endeuillés. Partager leur vécu avec d'autres parents semble permettre un dépassement de la honte. Quatre femmes parmi celles que nous avons rencontré ont participé à un groupe de parole. Cet espace a constitué pour elles à la fois une communauté et une partition d'expérience. Elles sont allés dans le groupe pendant un temps mais ont arrêté lorsque trop de nouvelles arrivantes intégraient le groupe « *je n'en n'étais plus au même stade* » disent-elles.

Mme D explique : « *dans ce groupe de parole il y avait un vrai truc qui s'était, je sais pas c'est sans doute le cas dans tous les groupes de parole mais il y avait un vrai truc qui avait pris. Après on se voyait après le groupe de parole, et puis et puis le groupe s'est dessoudé autour de 2-3 filles, notamment une fille qui était complètement folle, psy, complètement toxique la fille euh vraiment folle quoi. Il y avait pleins de filles qui avaient décidé de jamais se remettre de ce truc-là, de ce qui leur arrivait, de la perte de leur enfant. (...) on s'était fait la remarque que toutes les mères enfin les quatre mères qui avaient perdu leur môme in utero (...) elles étaient vraiment... on sentait que ça allait être long quoi. Alors après c'est peut-être un truc qu'on se dit, c'est la politique du noyer, tout le monde plonge et on regarde les autres « t'es quand même plus dans la merde que moi » peut-être un truc débile de soulagement quoi! (rire) Mais quand même je crois qu'il y a un truc de, vachement plus violent à négocier ».*

Pour Mme M : « *En fait ça m'a fait du bien mais de façon très « courtermiste » parce que je me suis sentie déplacé dans le groupe de parole dans lequel j'allais, c'est à dire que moi j'arrive j'ai Justine mais pas que , j'ai aussi Théo et Tom et ma vie de tourne pas qu'autour de Justine (...) je me suis pas*

sentie coupable mais un peu déplacé parce que finalement, quand j'ai repris le travail mon deuxième à déclarer une varicelle, j'ai repris le travail j'étais fatiguée nerveusement et je suis arrivé au groupe de parole j'ai craqué, de fatigue physique, moral enfin c'était un tout et en l'expliquant j'ai parlé plus de Tom que de Justine parce que c'était cet instant T la, et la globalement les autres mamans auraient adoré affronté une nuit blanche aussi, ce que je comprends mais à un moment j'ai arrêté d'y aller parce que j'avais l'impression que j'étais en train de taire mes deux garçons alors qu'ils ont une place aussi importante que Justine, elle elle a une place hyper particulière de par son parcours, mais ils sont là aussi et je me suis remis enfin remis ce n'est pas le terme mais j'ai renoué avec un quotidien beaucoup plus vite que ces mamans là parce que je n'ai pas eu le choix »

Mme S : « moi j'y allais au groupe pour rencontrer des gens bah à qui s'est arrivé puisque je vois bien que dans mes relations, dans mes amis, il y avait.. bon il y avait deux personnes avec qui j'étais proche avec qui j'en parlais mais, je voyais bien que c'était pas tout à fait suffisant et j'avais besoin d'avoir en fait un cercle d'amis avec qui c'était arrivé avec qui je pouvais partager ça. J'y allais un petit peu dans cette optique là et par ailleurs comme je travaille pas le jeudi et le vendredi c'était facile pour moi et puis ça m'occupais donc bon voilà j'y suis allée assez vite. Par ailleurs, je crois que c'était pas mal pour moi de bah.. j'avais pas d'enfant enfin, j'avais pas de contrainte d'enfant et d'avoir la contrainte du groupe de pouvoir dire : « ah non le vendredi midi je peux pas, j'ai groupe » euh.. ça me, ça me plaisait. En plus ça me permettait de pouvoir dire à des amis euh que je vais au groupe de parole, de pouvoir placer ça. Donc voilà euh au début.. Maintenant on commence à être un petit groupe d'amis, au début finalement c'est pas tout à fait ça que j'ai reçu du groupe mais je trouvais ça enfin j'aimais bien, je trouvais ça bénéfique ».

Mme A : « moi j'ai toujours envie de parler de tous mes enfants. Il y en a deux pour qui c'est facile mais sinon les gens ne posent pas la question. Sauf pour les mamans qui ont vécu la même chose, comme le groupe de parole sur les bébés disparus. On peut parler de tous nos bébés sans tabou. J'ai gardé contact avec une mère du groupe de parole. Via l'association petite Émilie où j'avais organisé le lâcher de ballon, ça a renforcé les relations avec d'autres mamans. Il y avait de la solidarité. »

Selon Leon, la décision d'IMG est porteuse d'une honte spécifique qui amène certains parents à dissimuler la part active qu'ils ont pris dans l'arrêt de la grossesse, préférant parler d'une fausse-couche ou d'un arrêt de grossesse. C'est ce que nous avons également retrouvé chez certaines femmes. Nous avons pris en compte cette dissimulation dans le vécu de culpabilité, mais c'est un des points de rencontres de la culpabilité avec la honte. Selon lui

du fait de la rareté du soutien et de compréhension de la spécificité de cette perte, ainsi que de la plus grande vulnérabilité à la honte et la propension à enterrer la perte dans un secret, les groupes de soutien orientés spécifiquement vers ce type de

perte semble particulièrement important. Sans pour autant que cela signifie qu'un groupe de deuil prénatal ne pourrait pas accueillir des participants ayant vécu une IMG. (Leon, 1995, p. 123, traduction JS)

Nous avons eu l'occasion de présenter avec Marie-José Soubieux un travail sur l'élaboration des vivances de honte au sein d'un groupe de mères endeuillées (Shulz & Soubieux, 2016). Les éléments que nous présentons ici sont issus de ce travail commun. Ce groupe est un groupe ouvert, se déroulant de façon hebdomadaire et co-animé par une psychanalyste et une pédopsychiatre-psychanalyste. Il accueille les femmes ayant perdu un bébé pendant la grossesse à la naissance ou très peu de temps après. Lorsque les femmes arrivent pour la première fois dans le groupe, elles expriment avec force le sentiment de venir d'une autre planète et de ne pas être comprises dans ce qu'elles vivent. Dans le groupe, elles retrouvent le sentiment d'appartenir à une communauté "*comme cela fait du bien de se sentir normales*" disent-elles parfois. Elles partagent entre elles ce qu'elles ne peuvent pas partager à l'extérieur, elles peuvent parler sans tabou, avec parfois des propos crus ou violents. Et c'est précisément l'expression de tous ces affects qui va permettre l'expression du chagrin et la possibilité d'un travail d'élaboration de la perte du bébé. En particulier les femmes qui ne se sentent pas autorisées à raconter ce qu'elles vivent ou qui n'arrivent pas à en parler à l'extérieur vont avoir besoin de recourir au groupe. Elles s'appuient sur l'expérience des autres pour se donner la force d'affronter le monde. Une mère racontait qu'elle hésitait à se rendre à une fête familiale car elle pensait que personne ne lui demanderait de ses nouvelles et qu'elle ne pourrait pas supporter cette situation. Une autre mère qui avait déjà vécu cette situation lui explique qu'elle a sa place et qu'elle a le droit de faire exister son bébé même si les autres n'en parlent pas. Quand la mère revient la semaine suivante elle est fière d'avoir pu affronter sa famille en revendiquant son statut de mère. Lors d'une autre séance, une mère qui a eu une IMG à six mois de grossesse, raconte comment elle s'est sentie moins que rien, lorsqu'attendant depuis plusieurs heures la sage-femme pour l'IMG, celle-ci lui a dit « *je me suis d'abord occupée des mamans qui devaient accoucher!* ». C'est alors que plusieurs mères expliquent comment elles ont pu reprendre leur place parmi les mères en parlant de leur accouchement et de leur maternité. Elles ne se sentent plus exclues du groupe des mères dont elles-mêmes s'étaient exclues. Elles se sentent réparées. D'autres mères qui n'osaient pas en parler, encouragées par les premières, vont revendiquer également leur maternité.

Dans le transfert envers des thérapeutes bienveillants, sans jugement, il y a déjà quelque chose de réparateur, qui habille psychiquement. Le fait que les thérapeutes, dans un transfert de bonnes-mères s'intéressent à elles est en soi source de renarcissisation. Les thérapeutes n'ont pas elles-mêmes vécu ce deuil. Parler de ses affects et de son expérience dans le groupe suppose que des personnes qui y sont étrangères puissent l'entendre. Néanmoins, notons que toutes les femmes à qui le groupe est proposé n'acceptent pas d'y participer. Pour certaines, l'élaboration du processus de deuil peut se faire dans d'autres espaces, ou elles ne ressentent pas le besoin de partager leur honte et leur culpabilité dans un groupe. Pour d'autres, se montrer au groupe est déjà trop difficile car les vivances de honte sont trop importantes, dans ce cas, se rendre au groupe se constitue déjà comme une première élaboration de la honte.

8.10 Dialectique des vivances de honte et de culpabilité

Nous avons fait le choix dans ce travail de recherche, de séparer par des hypothèses distinctes, les vivances de honte et de culpabilité. Cela a permis d'en distinguer les enjeux et effets spécifiques. Néanmoins, il est clairement apparu que la distinction entre honte et culpabilité ne peut être que méthodologique. En effet, dans le fonctionnement psychique, ces deux vivances sont en permanence liées de manière toujours variable et singulière. Dans le discours des femmes, leurs associations libres passent de l'une à l'autre.

Lorsque Mme A raconte la nuit de l'IMG, elle parle de son sentiment d'avoir été cachée par l'équipe puis associe librement sur sa culpabilité d'avoir tué le fœtus/bébé : *« Oui, du coup on a vu la psychologue, juste avant de rentrer à la maternité, je crois que j'étais dans un état déplorable vraiment, mais bon heureusement qu'elle était là, parce que du coup j'ai pu effectivement tout vider, parce que ce qui est particulier quand vous arrivez, c'est qu'on vous fait arriver, c'était en novembre, c'était l'hiver donc forcément il fait nuit assez tôt, et on vous demande de rentrer à 19h pas avant, vous rentrez la nuit, on a l'impression qu'on vous cache, enfin... moi c'est un peu comme ça que je l'ai ressenti sur le moment. J'accouche à, c'est pas le cas pour toutes les femmes, mais dans mon cas, j'ai perdu les eaux à 3 h du matin, donc ça a été très vite et à 4h12, elle était sortie, donc tout ça dans la nuit, dans le silence, le calme, on longe les couloirs il n'y a personne, et puis après on vous rapatrie dans vos chambre et on vous laisse dans votre chambre. Ce que je peux comprendre bien sûr. Et on vous fait ressortir le soir à 20h, parce que comme j'étais bien, il s'est trouvé que je devais sortir le lendemain, mais qu'on m'a laissé sortir à 20h, donc je rentre la nuit, je ressorts la nuit, entre temps je reste dans ma chambre, ou dans la salle d'accouchement. Je sais plus pourquoi j'ai déplié tout ça... ah oui par rapport à la psychologue, mais du coup je trouve que c'était bien que la vois en amont, pour sortir tout ce que j'avais à sortir. Je vivais très mal à ce moment-là le fait de donner la mort, pour moi je donnais la mort, c'était pas un acte d'amour, je l'avais pas vu comme ça, je le voyais pas comme ça et on m'avait invité à me dire « ce que vous faites pour votre enfant », c'est un geste positif quelque part. Enfin on m'avait pas dit qu'il était négatif non plus mais moi je le vivais très très négativement. »*

A plusieurs reprises, lorsque nous avons demandé aux femmes si elles vivent l'événement comme un échec, vécu qui comme nous l'avons vu renvoie au concept de honte, elles ont répondu *« non parce que ce n'est pas de ma faute »*.

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, différents auteurs ont décrit des voies de passage entre honte et culpabilité. Il est communément reconnu que la culpabilité est une issue favorable à la honte permettant au sujet une structuration psychique. La culpabilité (active) laisserait à l'inverse place à la honte (passive) par un retournement régressif du sadisme en masochisme (Janin, 2003). La honte et la culpabilité primitives ont des sources communes (Janin, 2003 ; Ciccone & Ferrant, 2009) du fait de l'indifférenciation de l'idéal du moi et du surmoi au début de la vie psychique : *« Le surmoi et l'idéal du moi*

sont dans leur état originnaire indifférenciés, mêlés, et se différencient progressivement. Au surmoi répondront les affects qui prennent forme de culpabilité et à l'idéal des affects de honte » (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 75).

Dans la honte comme dans la culpabilité nous avons dégagés des aspects d'ordre narcissiques et des aspects objectaux, ces deux versants étant pensés dans une dimension intersubjective. Les aspects narcissiques de la honte relèvent de la perte de contrôle et du sentiment d'échec. Les aspects objectaux concernent le sentiment de dévoilement au regard de l'autre et celui d'exclusion. Ces aspects se retrouvent à différents gradients selon la régression de la honte secondaire à la honte primaire. Du côté de la culpabilité, c'est la culpabilité primaire qui concerne des aspects narcissiques, tandis que la culpabilité secondaire, avec le sentiment de faute envers un tiers différencié est une culpabilité objectale.

Nous émettons l'hypothèse que la honte et la culpabilité secondaires sont, à l'image de l'amour et de la haine, deux polarités dans le plan de la description de la relation à l'autre et à soi. Les femmes qui sont dans les variations de la normale vont avoir les deux vécus, honte et culpabilité, avec une possible liaison et élaboration de ces vivances dans le temps. La honte et la culpabilité apparaissent comme sur un gradient allant de l'une à l'autre dans une alternance des motions actives et passives. L'aiguille marquant à un moment donné où se situe le sujet est mobile et reste dynamique dans le flux temporel. L'existence de ces vivances n'est pas en soi pathologique ni pathogène. Comme l'expliquent Ciccone et Ferrant (2009, 2012), la honte et la culpabilité ont un rôle important à jouer dans l'élaboration d'un traumatisme. Il nous semble que c'est lorsque ces vivances ne peuvent pas être liés, qu'elles sont figées, ou que l'une des deux est tellement envahissante qu'elle ne laisse la place à aucun autre vécu psychique, qu'apparaissent les potentialités pathogènes de ces vivances.

Se sentir illégitime.

Afin d'illustrer cette hypothèse revenons sur le cas de Mme S. Elle raconte qu'au moment de prendre la décision elle était sûre de son choix, du fait que c'était le meilleur pour le bébé. Décider d'interrompre la grossesse la fait advenir au statut de mère.

Dans ses associations, à cette même période elle se sent « *illégitime par rapport au regard des autres* », elle continue à porter des vêtements de grossesse mais ne la revendique pas, et se renferme sur elle-même. L'illégitimité fait partie des éléments retrouvés dans le « *méta-sentiment* » qu'est la honte (De Gaulejac, 1996, p. 62), c'est le sentiment d'occuper une place usurpée lieu de toutes les suspensions. Nous avons retrouvé ce sentiment chez d'autres femmes, qui ont l'impression de renvoyer par leur ventre enceint une image qu'elles n'ont plus le droit d'occuper. Ce sentiment viendrait d'un vécu d'indignité « je ne mérite pas cette place », mais serait aussi peut être à la fois une punition les obligeants à un temps de réclusion. « Illégitime » évoque d'emblée l'idée du couple illégitime ou de l'enfant illégitime, couple pêcheur ou enfant du péché. Honte et culpabilité sont ici intimement mêlés.

Elle poursuit ses associations et se souvient qu'elle continuait de manger « *comme pendant la grossesse... parce que bah il était toujours là, je ne voulais pas lui*

faire du mal pendant ce temps là... ». La haine s'exprime ici par son retournement en sollicitude envers le fœtus/bébé déjà condamné à mort.

Plus loin Mme S parle de son sentiment d'échec lorsqu'elle se compare à ses amies, qui la fait associer sur une vivance de culpabilité « *je me suis un peu dis bon bah moi je vais avoir tous les trucs qui ne vont pas enfin donc peut être un sentiment d'échec en rapport à.. aux autres enfin par exemple à ceux que je connais.. enfin voilà moi j'ai pas réussi à.. enfin à avoir un enfant tout de suite quoi (...)* c'est peut être un échec par rapport à.. à ce que d'autres peuvent vivre, ce sentiment un peu d'être moi finalement à la traîne je sais pas comment dire... d'avoir moi les choses qui vont pas par rapport aux autres, il y a sans doute un peu de ça euh... et puis alors l'échec un peu parfois même si j'ai pas trop eu la culpabilité de pas avoir pu lui donner tout ce qui fallait.. pour qu'il grandisse normalement, pour qu'il se forme normalement ».

Nous voyons dans cette séquence les possibles allers-retours et la liaison entre vivances de honte et de culpabilité.

Néanmoins, la culpabilité de ne pas avoir accompagné le bébé après la mort reste présente tout au long de la grossesse et ne semble pas trouver d'issue. Au moment de la naissance ils décident de ne pas voir le bébé. Pour Mme S ce choix n'est pas simple et elle y est encouragée par le père. Elle aurait souhaité couvrir le corps d'un linge blanc et embrasser son front, rituel juif réalisé lors de la mort de son père et de sa grand-mère, mais elle ne l'a pas fait. Elle ressent beaucoup de culpabilité à ne pas avoir accompagné son bébé après la mort. Lorsqu'elle en parle ses propos deviennent confus. Ces choix nous ont également surpris au vue de la relation qu'elle entretenait avec lui pendant la grossesse. L'humanité naît par les rituels funéraires. Ne pas le voir, ne pas le déclarer, ne faire aucun rituel, revient d'une certaine façon à ne pas lui accorder le statut d'être humain. Pourtant elle exprime son sentiment profond d'avoir dû faire le deuil d'un bébé et non uniquement d'une grossesse. Nous nous demandons si cette vivance est un déplacement de la culpabilité d'avoir interrompu la grossesse qui, elle, ne transparait qu'au travers de rêves et de dénégations : « *pour la culpabilité de l'acte y a beaucoup de personnes qui l'ont. Bon moi j'ai pas trop ressenti ça enfin je je crois pas l'avoir ressenti parce qu'au contraire j'ai l'impression que c'est la seule chose que j'ai pu vraiment faire pour ce bébé. Donc je vois vraiment comme quelque chose de positif euh et non pas comme quelque chose que j'ai enlevé au bébé* ». Ici, ne pas accompagner le bébé après sa mort équivaut à en dénier son humanité et ainsi à éviter la culpabilité reliée à la décision d'interrompre la grossesse. Les pertes *in utero* parcourent l'histoire familiale de Mme S. Parmi elles, sa grand-mère maternelle et sa mère ont perdu un bébé pendant la grossesse. Mme S est donc elle-même un enfant suivant un deuil prénatal. Elle raconte que sa mère a vécu cette perte, à 4 mois de grossesse, de façon « neutre » et ne lui en jamais vraiment parlé. La souffrance que cette mort *in utero* a pu provoquer en elle n'a pas été exprimée, voire a été niée. Il nous semble percevoir une transmission cryptique de ces deuils générationnels.

La culpabilité de cet acte ne peut alors être pensée par Mme S, qui a pris cette décision là où sa mère et sa grand-mère n'avaient pu être que passives. Cette culpabilité inconsciente est une forme primaire de culpabilité qui ne peut être liée à la honte car elle est d'une certaine façon mêlée à celle-ci.

Ainsi nous voyons chez Mme S, que honte et culpabilité sont liées. Le passage d'une vivance à l'autre est souple. Chez elles, ces vivances s'élaborent et s'atténuent au fil de la grossesse suivante. Néanmoins, la culpabilité de ne pas avoir accompagné le bébé après la mort reste présente tout au long de la grossesse et ne semble pas trouver d'issue. Nous voyons au travers de cette étude de cas que chez une personne, il peut y avoir à certains moments une liaison de la honte et de la culpabilité, et à d'autres une confusion de ces deux vivances. Nous faisons le parallèle avec la haine et l'amour, cette comparaison a ses limites, car il nous semble que pour la honte et la culpabilité, la psychopathologie ne serait pas issue d'un clivage entre ces vivances mais serait la conséquence d'une confusion, signe d'une régression plus profonde à la fois dans la construction psychique mais aussi dans les tréfonds des transmissions familiales inconscientes.

8.11 Lilith, proposition d'un mythe imageant

Il y a une dizaine d'années j'ai appris qu'Eve n'était pas la première mais la seconde femme créée par Dieu. Avant elle il y avait Lilith. Lorsqu'on m'a raconté cette légende, elle m'a interpellée. Pourquoi était-elle si méconnue ? Quelles représentations, quels fantasmes étaient projetés dans cette figure diabolique ? Lorsque, quelques années plus tard, j'ai choisi de m'intéresser aux Interruptions Médicales de Grossesse, ce récit m'est inévitablement revenu en mémoire. J'ai décidé de le laisser aller et venir en moi, résistant à l'envie d'écrire sur ce propos dès le début de mes recherches. Arrivant au terme de ce travail, je pense que ce mythe peut être une métaphore éclairante sur les enjeux de la honte, de la culpabilité et des motions passives et actives dans la clinique du deuil prénatal. C'est ce que nous allons expliciter dans cette dernière partie de discussion théorico-clinique.

Lilith est une déesse mésopotamienne. Selon le mythe cosmogonique d'origine, le dieu du vent LI ou Enlil engendre deux démons : un mâle Lilu, qui séduit les femmes dans leur sommeil et une femelle Lilitu ou Ardat Lili, Louve à queue de scorpion qui dévore les enfants (Descamps, 2002). La tradition hébraïque a repris ce mythe qui a tenu une grande place dans leurs craintes. « Lilith » aurait une double racine : Laïla qui signifie nuit en hébreu et Lil qui signifie vent en babylonien (Cohen-Solal, 2016). Dans la bible elle n'est nommée qu'une seule fois (Prophète Isaïe, verset 34), elle y est associée à des personnages néfastes et à la frayeur dans les êtres. C'est au moyen âge que le récit prend de l'ampleur, dans un texte du X^{ème} siècle, l'Alphabet de Ben Sira. Voici le récit :

Dès que son jeune fils fut malade, le Roi Nabuchodonosor dit à Ben Sira : Guéris mon fils, sinon je te tuerai. Ben Sira s'assit immédiatement et confectionna une amulette au nom de pureté. Il y inscrivit le nom des anges chargés de la guérison par leurs noms, leurs formes, leurs visages, leurs ailes, leurs mains et leurs pieds.

Lorsque Nabuchodonosor vit l'amulette, il demanda qui ils étaient. Ben Sira

lui répondit : ce sont les anges chargés de la guérison, Sanoï, Sansenoï et Semanguelof. Lorsque le Saint-Béni soit-il créa le premier homme unique, il dit Il n'est pas bon que l'homme soit seul. Il lui créa une femme de la terre comme lui et l'appella Lilith. Ils en vinrent immédiatement à se quereller. Elle disant : Je ne me couche pas au-dessous ; et lui disant : Je ne me couche pas au-dessous mais au-dessus, car tu es destinée toi à être au-dessous et moi au-dessus.

. Elle lui dit : Nous sommes tous deux égaux parce que nous sommes tous deux de la terre. Mais ils ne purent s'entendre, et lorsque Lilith vit cela, elle prononça le Nom intégral et s'envola dans les airs de l'univers.

Adam se leva pour prier son consolateur et dit : Maître de l'univers, la femme que tu m'as donnée m'a quitté et s'est enfuie. Le Saint béni soit-il envoya immédiatement ces trois anges après elle pour qu'ils la ramènent.

Le Saint béni soit-il lui dit qu'il vaut mieux qu'elle accepte de revenir, sinon elle devra supporter de voir mourir chaque jour cent fils. Ils la suivirent et la retrouvèrent dans la mer, dans les eaux profondes dans lesquelles les Égyptiens devront plus tard périr noyés.

Ils lui rapportèrent les paroles de Dieu, mais elle n'accepta pas de revenir. Ils lui dirent : nous te noierons dans la mer. Elle leur dit : Laissez-moi car je n'ai été créée que pour affaiblir les nouveau-nés, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de huit jours si c'est un garçon, et du jour de sa naissance jusqu'à l'âge de vingt jours si c'est une fille. Lorsqu'ils entendirent ses paroles, ils renoncèrent à la ramener.

Elle leur jura au nom du Dieu vivant et présent : à chaque fois que je vous verrai ou que je verrai vos noms ou vos formes sur une amulette, je n'exercerai pas de pouvoir sur ce nouveau-né. Et elle accepta que meurent chaque jour cent de ses fils. C'est ainsi que meurent chaque jour cent des démons.

Et c'est pourquoi nous écrivons leurs noms sur une amulette destinée aux petits garçons. Elle les voit, elle se souvient de son serment, et l'enfant guérit. (Eisenstein, 1928, dans Bitton 2007)

Nous avons également trouvé une autre version de la même légende dans laquelle Lilith, désespérée de ne pouvoir enfanter que la mort, menace de se tuer. Les anges la retiennent lui donnant le pouvoir compensatoire de tuer d'autres enfants (Descamps, 2002). Cette seconde version met en avant de façon plus nette la transformation de la passivité menant à la dépression et au suicide en agressivité, active, qui sauve de sa propre destruction. Nous y retrouvons ce que De Gaulejac décrit à propos de la honte. Dans le premier temps de la honte, le moi investi comme objet d'amour est brutalement désigné comme non valable par une image négative renvoyée par l'autre. Lilith s'oppose à la soumission et l'humiliation de l'homme, portée par un idéal d'égalité où son moi est tout aussi digne que celui de l'homme. Adam et Dieu lui renvoient tous deux une image extrêmement négative de ce choix.

La libido narcissique investie sur cet objet d'amour se trouve d'un seul coup désamorçée, comme dans un mouvement de reflux : l'amour propre se transforme en haine de soi, l'estime devient mésestime, la fierté devient mépris (...) Toute la li-

bido narcissique ainsi déconnectée se transforme en agressivité. L'impossibilité de décharger cette agressivité produit l'inhibition. (Gaulejac, 1996, p. 70)

La honte empêche la réaction face à l'agression subie menant à un retournement de l'agressivité contre soi. La passivité de Lilith face à la mort de ses enfants entraîne une attaque de son propre moi allant jusqu'à la tentative de suicide. C'est par un retournement du masochisme en sadisme, permis par l'intervention des anges, que Lilith peut transformer la honte en culpabilité et ainsi se sauver de la mort. Elle devient alors meurtrière des enfants des autres ce qui lui permet de supporter de subir la mort de 100 de ses propres enfants. La culpabilité n'est pas nommée dans la légende. Cependant, elle accepte de ne pas tuer les enfants qui seront protégés par des amulettes au nom des anges. Nous pouvons entendre cette promesse comme un compromis face au conflit auquel elle est confrontée. Cette légende nous renvoie directement à la perte prénatale.

Identifiées à l'enfant mort mais aussi à une mère meurtrière qui n'aurait pas su, qui n'aurait pas pu protéger l'enfant de sa propre dangerosité, les femmes se vivent comme infanticides, dans les cas de mort in utero comme dans les cas d'IMG. (Bitouzé, 1998, p. 48)

Comme nous l'avons vu, l'IMG contient en soi une culpabilité spécifique due à la décision de « tuer » le bébé. Néanmoins, Leon (1996, p. 171) explique que lorsque les parents se sentent responsables de la décision prise pour leur enfant, la culpabilité est forte mais adaptative et l'estime de soi reste stable. Cette responsabilité est également porteuse de honte lorsque les parents ne parviennent pas à l'assumer et préfèrent taire leur responsabilité dans l'arrêt de la grossesse (Leon, 1995). Mme D, chaque fois que nous l'avons questionné sur sa culpabilité, a répondu ne pas se sentir coupable mais pleinement responsable de son choix. Elle a le sentiment que cette prise de décision a un impact majeur sur la gestion du deuil, la perte étant moins perçue comme une fatalité. Comme pour Lilith, être responsable de la mort de l'enfant permet de rester soi-même en vie. « *Les anges la trouvent dans les profondeurs de la mer dans laquelle les égyptiens mourront* ». Cette évocation dans le récit de Ben Sirah, de la mort des égyptiens, renvoie à la question de l'accès à la subjectivité que pose Lilith. En effet, les égyptiens avaient eux-mêmes empêché les juifs de s'établir comme sujets en les privant de leur liberté et de leur responsabilité. Prendre sa place au sein de l'histoire, exister comme sujet, suppose une part de violence et de force de destruction (Cohen-Solal, 2016).

Dans d'autres textes sur Lilith (Zohar et Kabale), celle-ci séduit les hommes dans leur sommeil et engendre des démons de leur semence tombée à terre. C'est ainsi qu'est justifiée dans le judaïsme l'interdiction pour l'homme de dormir seul dans une maison et de se livrer à la masturbation. Lilith est dans la mythologie et la littérature à partir du Moyen-âge une démonsse assoiffée de sexe et de sang (elle vampirise les enfants pour les tuer). « *Elle porte son obsession sexuelle sur son visage, puisqu'elle a son sexe dans la tête et ne le cache pas* » (Descamps, 2002, p. 82). Cela nous renvoie à la honte associée à la grossesse qui laisse voir la sexualité adulte du couple. Sexualité pouvant être vécue comme punie par l'engendrement d'un bébé porteur d'un handicap sévère. Enfant monstrueux destiné à la mort comme les enfants de Lilith le sont du fait de sa sexualité (c'est bien sur une

querelle sexuelle que Lilith quitte le jardin d'Éden).

Lilith vole aux hommes le fruit de leur virilité pour le garder en elle et donner vie à des démons. Elle est entre-autre la projection du fantasme de la grossesse comme équivalent phallique. La femme est toute-puissante, elle crée la vie et suscite ainsi la jalousie de l'homme. Par l'IVG et IMG elle est aussi en droit d'arrêter cette vie. Rappelons que la femme est seule signataire de la demande d'IMG. Arrêter la vie du bébé est une transgression de l'interdiction divine « tu ne tueras point », intériorisée à l'avènement du surmoi. Au cours des entretiens certaines femmes ont évoqué leur angoisse à se sentir toutes puissantes, à être chargée de tant de responsabilité par le choix à prendre. Comme nous l'avons vu, la décision d'IMG est dans une certaine mesure, une transgression de ce précepte moral. À l'instar de Lilith, la femme prend une décision contraire à la morale et montre par là son indépendance. Mais cette indépendance n'est gagnée qu'au prix de se vivre meurtrière. Au cours des grossesses suivantes, l'angoisse de tuer leur bébé, exprimée par peur que tout s'arrête à nouveau, laisse transparaître le fantasme de mère meurtrière. Ce fantasme est explicitement exprimé par Mme A : « *j'avais des idées noires à propos de ce bébé* ». Il amène parfois à dénier l'existence même du bébé dans le ventre pendant un certain temps, soit en ne prenant pas conscience de la grossesse (Mme G), soit en ne sentant pas le bébé bouger (Mme F), soit en décidant de ne plus avoir de bébés ensuite (Mme D et Mme J).

Le mythe de Lilith nous semble être une image particulièrement riche pour traiter des affects dépressifs, agressifs et archaïques éprouvés par les femmes à l'occasion d'un deuil prénatal et en particulier d'une Interruption Médicale de Grossesse. Il souligne les liens entre honte, dépression et culpabilité et éclaire les fantasmes de toute puissance et de meurtre vécus par les femmes dans ce contexte.

Lilith est évoquée dans le testament de Salomon par une rencontre avec le prophète Elijah (Le prophète Elijah rencontre un jour Lilith allant à la maison d'une jeune accouchée « *pour lui faire présent de son sommeil mortel, s'emparer de l'enfant et boire son sang, aspirer la moelle de ses os et manger sa chair* », Elijah parvient à lui faire dire les noms sous lesquels elle se cache parmi les humains. La connaissance de ces noms sert à détruire le pouvoir de Lilith). Coïncidence (ou pas), une des femmes que nous avons rencontrées au cours de cette recherche a appelé l'enfant de la grossesse actuelle Elijah.

Synthèse de la discussion-théorico-clinique

La confrontation de nos résultats avec la littérature existante nous permet de mettre en exergue certaines données et de proposer quatre nouvelles hypothèses. Une grossesse après une perte prénatale permet la réactualisation du processus de deuil pouvant aller vers tous les degrés d'une élaboration ou à l'inverse d'un figement, plus délétère pour l'investissement de l'enfant suivant. L'étude des mécanismes psychiques au cours de cette période a permis de mettre en avant la nécessité de déconstruire et de complexifier ce qui était jusqu'ici appelé « processus d'objectalisation de la grossesse » (Bydlowski et Golse, 2001). Interne avant d'être externe, partiel avant d'être total, « l'enfant » est d'emblée un objet. Si la « fonction objectalisante » (Green, 1983) est à l'œuvre pendant la grossesse, elle ne

concerne pas un mouvement progrédiant faisant accéder le fœtus à un statut d'objet. Le processus concerne plutôt selon nous la différenciation en tant qu'autre sujet, mouvement perceptible par la (proto)intersubjectivité évolutive à l'œuvre pendant la grossesse entre la mère, le père et le fœtus/bébé (Missonnier, 2009).

Dans cette configuration, si la grossesse met en jeu à la fois des investissements narcissiques et objectaux, les premiers ne font pas nécessairement du fœtus un objet mélancolique quand il vient à disparaître. La décompensation mélancolique à l'occasion de la perte d'un bébé pendant la grossesse est selon nous, plus fonction de l'organisation psychique préalable de la femme, de la fragilisation psychique inhérente à l'état de grossesse et de la crise redoublée par la tragédie de l'annonce, que seulement du caractère particulier du statut du fœtus.

Le diagnostic d'une pathologie fœtale et la décision subséquente d'interrompre la grossesse est un événement potentiellement traumatique mettant à mal les assises narcissiques des femmes et exposant aux fantasmes de toute puissance, aux sentiments de transgression des interdits œdipien et aux désirs infanticides inconscients.

Dans ce contexte, les vivances de honte et de culpabilité s'activent à la fois dans une tentative de différenciation d'avec l'enfant mort et en réaction au dévoilement violent de ces fantasmes et désirs. Ces vivances, d'une origine commune dans la psychogénèse, constituent ensuite les deux polarités d'un axe permettant de saisir les achoppements intrapsychiques et intersubjectifs, toujours singuliers, chez les femmes que nous avons rencontrées. L'écoute de la honte et de la culpabilité, de leur intensité, de leur modalités d'expression et de leur liaison ou confusion, permet ainsi de mieux appréhender certains mouvements psychiques du sujet dans ses aspects progressifs, régressifs et figés.



Chapitre 9

Discussion méthodologique

9.1 Limites

L'un des objectifs de la thèse de doctorat est la formation du chercheur. Cette recherche a été engagée alors que j'étais tout juste diplômée en tant que psychologue clinicienne et commençais ma vie professionnelle. Le protocole a été construit au début de la recherche et bien qu'il ait échappé, grâce au travail en équipe avec des chercheurs plus expérimentés, à bien des écueils, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de points méritent d'être critiqués ou du moins soulevés.

9.1.1 Entre quantitatif et qualitatif.

Le projet de recherche, comme nous l'avons expliqué, a été mené au sein d'une équipe. Le protocole devait pouvoir servir à répondre aux différentes questions soulevées dans ce groupe. L'équipe, composée exclusivement de cliniciens, a élaboré une recherche-action dans laquelle la réflexion clinique était première. Le protocole a donc été pensé aussi comme un accompagnement des femmes lors de la grossesse suivant une IMG, cet accompagnement ne se substituant nullement à la prise en charge psychologique dont elles bénéficiaient par ailleurs. Le cadre a été pensé en conséquence, et s'il a pu être aménagé il l'a toujours été en tenant compte des possibles effets de ces changements. Nous avons rencontré les femmes à trois reprises pendant la grossesse, puis nous les avons revues aux trois et 18 mois de leur enfant. Aux entretiens postnataux nous avons demandé aux femmes de nous faire un retour sur leur vécu de la recherche. Beaucoup des réponses que nous avons eu transcrivaient le soutien que nos rencontres ont représenté pour les femmes. Elles ont également mis en avant le fait que les questions du premier entretien leur ont permis de revisiter la grossesse interrompue en se remémorant les souvenirs heureux, souvent recouverts par l'issue défavorable de la grossesse. J'ai récemment revu Mme D pour la dernière rencontre, les larmes aux yeux elle m'a dit que c'était difficile pour elle que cette « *prise en charge s'arrête là* » .

Un autre des objectifs de la construction du protocole était qu'il puisse être mené par plusieurs chercheurs, afin d'avoir un échantillon plus large de sujets pour les analyses statistiques (celles-ci ne font pas partie de notre travail de thèse mais feront prochainement l'objet d'un article), et ce, dans l'objectif d'un échange avec les médecins et professionnels

des services hospitaliers et funéraires. Nous pensons qu'il est nécessaire de pouvoir trouver un terrain d'entente et d'écoute réciproque et celui-ci passe notamment par la possibilité de leur présenter des résultats quantitatifs. Sans renoncer à la prise en compte du sujet dans ce qu'il a d'unique et donc d'humain, le recours à des outils quantitatifs peut aussi avoir des effets potentialisateurs. Au-delà d'une assise chiffrée des résultats qualitatifs (généralisation possible du point de vue statistique), les résultats quantitatifs peuvent soulever des interrogations et amener à de nouvelles recherches. Cela a été le cas de l'article de Hugues (2001), qui nous a fait réagir et nous a amenés à construire ce protocole de recherche.

Effets de cet aller-retour

Cet aller-retour entre qualitatif et quantitatif n'a toutefois pas été sans difficulté pour moi. Il me semble que la difficulté majeure à laquelle j'ai été confrontée était le sentiment d'être tiraillée entre deux approches, pourtant complémentaires, de la recherche en psychologie. Finalement le nombre de sujets (26 pour la recherche globale) est nettement inférieur au nombre escompté (40 femmes), et l'analyse des résultats quantitatifs n'a pas pu être finalisée suffisamment tôt pour que je puisse m'appuyer dessus dans ce travail de thèse. J'ai pris le temps de décider si j'allais travailler sur l'ensemble de l'échantillon (y compris les femmes que je n'avais pas moi-même rencontrées), ou si j'allais me baser uniquement sur « mes » cas (14 femmes rencontrées dont 11 aux trois entretiens prénatals). La construction du guide d'entretien et du protocole me semblait limiter l'accès à des données sur le fonctionnement psychique des femmes que nous rencontrions. Au vu de l'entretien semi-structuré construit, nous n'avons pas eu l'opportunité de questionner en profondeur l'histoire des femmes avant la grossesse interrompue, ce qui a sans doute constitué un manque pour nos données cliniques. J'ai eu le sentiment que les éléments que j'allais en retirer ne seraient pas suffisants pour l'analyse fine des processus psychiques. Par ailleurs, bien qu'étant désormais ancrée dans une activité clinique en service de pédiatrie-néonatalogie, et ayant avancé dans mon propre travail d'analyse, j'ai longtemps résisté à entrer profondément dans une lecture clinique psychodynamique des entretiens. J'ai commencé par une analyse thématique de contenu. Cette analyse, bien que pleinement qualitative, permettait une certaine prise de distance. Elle m'a donné accès à une meilleure compréhension des mécanismes de deuil, de honte et de culpabilité chez les femmes enceintes après une IMG. Les questions du lien au groupe, familial ou social, sont apparues à de nombreuses reprises dans le discours des femmes, notamment dans un besoin d'identification à d'autres femmes ayant vécu la même chose qu'elles. Certaines participaient à des groupes de parole de mères endeuillées, mais pour d'autres, plus pudiques, moins enclines à parler en présence d'un groupe, ce dispositif ne convenait pas. Et pourtant, leur appareil psychique groupal était aussi mis à mal. Dans un dispositif de soin individuel, le groupal peut être porté par le clinicien. Celui-ci, s'il a des connaissances de la diversité des vécus mais aussi de ce qui les rapproche, en plus de la finesse de son écoute de la complexité psychique individuelle, pourra ramener du groupal dans l'individuel. Par l'analyse de contenu centrée autour de certains axes nous avons pu dégager des connaissances concernant le vécu des femmes enceintes suite à une IMG. Si je suis persuadée que notre méthode d'analyse a été pertinente, au terme de ce travail je

me demande néanmoins si elle n'a pas constitué, pendant un temps, une forme de défense contre une analyse plus subjective et psychanalytique du matériel. Ciccone (2014), soutient l'idée de l'inutilité de la psychologie armée dans une recherche clinique s'appuyant sur la théorie psychanalytique. Il rappelle la spécificité de la recherche en psychologie qui « *doit garder et cultiver ce qu'elle a d'humain* » et ne pas tenter de s'en défaire en plaçant entre le sujet d'étude et le chercheur des outils, parfois non nécessaires et qui viendraient éviter la confrontation à la singularité de chacun mais aussi et surtout au contre-transfert et au recul nécessaire à l'élaboration de la pensée dans une recherche basée sur l'observation clinique. Seulement, c'est sans compter sur la honte que peut vivre le psychologue lorsqu'il se trouve dans une confusion de son identité professionnelle (Ferrant, 2004). À la fois jeune psychologue clinicienne et jeune chercheuse, la constitution parallèle de chaque rôle n'a pas toujours été évidente. Il me semble, légèrement en après-coup, que j'ai expérimenté ce que Ferrant décrit par le « *fantasme de présentation de cas vécue comme impossible devant le groupe* » (Ferrant, 2004, p. 157) qui se traduit par une banalisation et une atténuation des indices contre-transférentiels, le groupe étant dans mon cas les lecteurs de ma thèse. Pour tenter de dépasser ce fantasme, j'ai apporté une étude de cas lors d'une séance de supervision de groupe que je suis en dehors du cadre de la recherche. Le travail autour de cette femme, Mme G, m'a permis de mieux prendre conscience des identifications projectives à l'œuvre et de m'appuyer sur mes vécus contre-transférentiels pour comprendre la problématique des femmes que j'ai reçues. En parallèle, mon travail analytique m'a permis de rendre conscients certains éléments de contre-transfert sur mon objet de recherche. Ayant, en partie, mis en lumière mes résistances, j'ai pu en tenir compte au moment d'entrer dans la discussion des résultats. C'est à ce moment-là que je suis revenue sur les études de cas au travers d'une lecture plus singulière. Je pense que je pourrais continuer d'explorer plus avant chaque cas avec le matériel recueilli. Une analyse plus profonde me permettrait de mieux saisir les enjeux singuliers de la perte chez chaque femme. Cependant, j'ai le sentiment d'avoir, grâce à ce travail de doctorat et les échanges cliniques dans le groupe de recherche et avec des collègues extérieurs à ce groupe, avancé de plusieurs pas dans ma formation, à la fois de chercheuse mais aussi de psychologue clinicienne-psychothérapeute.

9.1.2 Biais de recrutement.

L'objet de recherche était la réactivation du deuil lors d'une grossesse suivant une IMG. Au vue de la difficulté de recrutement et de la spécificité de notre sujet nous avons fait le choix de ne pas avoir de groupe contrôle. Nous aurions pu en effet comparer nos résultats à des femmes ayant vécu une IMG mais n'ayant pas démarré de nouvelle grossesse dans les deux ans suivant la perte. Nous aurions pu également distinguer ce qu'il en était de la spécificité de l'IMG en comparant à des femmes enceintes après une MFIU. Néanmoins, au vue de la singularité des expériences en fonction du sens et de l'inscription de la grossesse dans la vie de la femme et du couple, nous ne sommes pas persuadés que nous aurions retiré une compréhension plus fine en ayant des groupes contrôles. À l'inverse, en multipliant le nombre d'entretiens à analyser nous aurions été encore plus en peine d'avoir un regard singulier approfondi sur chacun.

Le biais de recrutement est aussi présent par le fait que nous n'avons interrogé que des

femmes qui souhaitent participer. Lorsque les sages-femmes ont proposé la recherche, elles ont essuyé environ 50% de refus. Certaines femmes, qui acceptaient d'être contactées mais ne souhaitent finalement pas nous rencontrer, ont mis en avant leur désir de ne plus penser à ce qui s'était passé car c'était trop douloureux et elles craignaient que cela n'impacte la grossesse suivante. Il aurait été intéressant de recueillir des informations sur ces femmes qui ont refusé de participer à la recherche (Le terme de l'IMG, le nombre d'enfants, les antécédents obstétricaux, si elles ont vu ou non l'enfant mort, le délai entre l'IMG et la grossesse actuelle).

9.1.3 Un seul acteur.

Nous voulons enfin souligner le choix qui a consisté à ne recevoir pendant la grossesse que les mères. Une grossesse et un accouchement mettent en jeu un certain nombre d'acteurs. Pouvoir pour un même sujet prendre compte à la fois son entourage familial mais aussi médical nous aurait sûrement permis d'avoir accès à la complexité intersubjective de cette expérience. prénatale

Par ailleurs, il a été décidé de ne pas recevoir le père aux entretiens prénatals. Ce choix a été fait pour plusieurs raisons. L'expérience de la femme lors d'une perte prénatale est par essence différente de celle vécue par l'homme. La question du corps et du féminin ne pouvait s'interroger en présence du père. Nous n'aurions pu recueillir le même matériel si les pères avaient été présents et il n'aurait pu être analysé qu'à la lumière de la présence des deux partenaires. Nous avons pu nous en rendre compte lorsque les pères étaient présents aux entretiens postnataux. La dynamique était bien sur très différente et quelques points ne pouvaient pas être abordés. Le questionnement était alors plutôt centré sur l'impact de l'IMG et de la naissance du nouveau bébé sur le couple, avec une attention moins approfondie sur les vécus individuels. Certaines femmes sont d'ailleurs venues seules aux entretiens postnataux. Elles disaient que leur conjoint ne souhaitait pas participer. Lorsque nous leur avons proposé de les contacter directement afin de leur expliquer le déroulé de la recherche elles n'ont jamais accepté. Une autre raison nous ayant amené à exclure les pères des entretiens prénatals était la difficulté de recrutement. Nous craignons que s'il nous fallait avoir l'accord des deux parents nous aurions eu beaucoup plus de difficulté à recruter. Enfin, proposer des entretiens séparés aurait été une option, mais compte-tenu des enjeux du transfert ces entretiens n'auraient pas pu être mené par le même chercheur, il aurait alors fallu déployer des moyens plus importants dont nous ne disposions pas.

9.2 Perspectives

9.2.1 Perspectives de recherche.

Le protocole de recherche déployé nous a permis de recueillir un matériel clinique très important que nous n'avons pas analysé entièrement dans ce travail de thèse. Il nous reste donc à mettre en perspective nos résultats par l'analyse des entretiens de 3 et 18 mois. Aux trois mois, en plus des auto-questionnaires et de l'entretien semi-structuré, un jeu triadique de Lausanne (LTP) a été proposé aux parents et au bébé afin de mettre en avant la qualité des interactions triadiques. Aux 18 mois, s'est ajouté la passation d'une situation

étrange afin d'évaluer la qualité de l'attachement de l'enfant.

Les hypothèses soulevées au fil de la discussion devront continuer d'être mises en lumière, par la recherche mais aussi par l'épreuve de la clinique. Nous souhaitons notamment, au travers du premier entretien post-natal, étudier les liens entre la conscience ou non d'une (proto)intersubjectivité pendant la grossesse et le développement du lien mère-père-bébé après la naissance.

Concernant les risques mélancoliques, il nous semblerait pertinent de rencontrer des femmes ayant décompensé sur ce mode et d'essayer d'observer ce qu'il en est de leur structure psychique et du statut du fœtus/bébé mort.

Les hypothèses concernant l'accouchement du bébé mort seront à tester également.

Il nous semble nécessaire de nous intéresser au vécu des soignants lors d'une grossesse suivant une IMG pour savoir quelle place ces-derniers accordent à l'enfant mort dans leurs représentations.

Il nous semblerait également important de proposer une recherche sur le vécu des pères lors d'une IMG. Certaines femmes nous ont fait part de l'effondrement de leur conjoint au moment du diagnostic et de l'accouchement. Il est grand temps de penser un accompagnement spécifique des pères dans les maternités.

9.2.2 Implications cliniques.

Les implications concernant les soins et l'accompagnement des femmes sont nombreuses et constituent un des objectifs majeurs de cette recherche-action.

Formation des professionnels

Au terme de ce travail de recherche, nous pouvons justifier de l'importance de la formation des professionnels sur le terrain aux impacts et enjeux spécifiques d'une IMG et de la grossesse qui suit. Le service de maternité peut être un lieu ressource devant cette expérience impliquant beaucoup de solitude et de craintes. Les femmes que nous avons rencontrées nous ont fait part du sentiment profond de contenance lorsqu'elles étaient prises en charge à Necker ou Trousseau, maternités dont le personnel est plus habitué aux cas de deuil prénatal que des plus petites maternités où elles étaient parfois suivies avant d'être orientées à Necker ou Trousseau. Lorsque le personnel soignant n'est pas formé, leurs propres représentations vont être plus souvent projetées sur les couples et ils ne pourront plus assurer la fonction de contenance et de transformation de l'angoisse, ou pour le dire en terme bioniens, la fonction Alpha si nécessaire dans la relation de soin. La honte ressentie par les femmes entraîne des mouvements d'isolement, leur entourage ne sait que rarement en quoi consiste une IMG et lorsqu'elles le traversent, les femmes ne se sentent pas armées pour pouvoir leur en parler. Le personnel soignant devient alors un deuxième entourage, qui lui sait ce qui se passe et comment cela se passe, ils font partie de la pièce, sont sur scène avec le couple. Les femmes vivent alors avec une grande violence les remarques des soignants qui nient leur vécu comme par exemple de ne pas croire que l'accouchement à 18 SA soit par voie basse, ou de dire que ce n'est pas comme un vrai accouchement. Nous avons eu l'occasion d'aller former sur ces questions une équipe de maternité. Les sages-femmes nous ont fait part de leur grande difficulté à accompagner les

couples pendant l'accouchement, elles ne savent pas quoi leur dire quand elles vont les voir dans leur chambre, ont l'impression d'être de trop, sont gênées, embarrassées. Cette gêne peut notamment provenir d'identifications projectives du couple, qui comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, traverse des vivances de honte. Il est alors important que les sages-femmes puissent désamorcer cette vivance, et par leur simple présence et accompagnement, signifier au couple qu'ils ne sont pas seuls, qu'ils ne sont pas exclus, qu'ils ne sont pas moins importants ou moins dignes d'attention que ceux qui donnent naissance à un bébé vivant. Pour beaucoup de couples, le fait de ne pas être un dans la masse est aussi important. Ils se sentent rassurés et accueillis lorsque les soignants connaissent leur dossier et les reconnaissent.

Groupes de parole

Cette étude confirme également l'intérêt des groupes de parole de mères endeuillées qui permettent de vivre à plusieurs les vécus de caché et d'exclusion et ainsi de retrouver une groupalité psychique. Les groupes d'entraide de parents endeuillés ne sont pas nombreux mais existent bel et bien. Ils sont souvent animés par des bénévoles pouvant être des parents ayant eux-mêmes vécu un deuil. D'autres espaces sont proposés par des psychothérapeutes et sont souvent co-animés : « *être deux thérapeutes paraissait une nécessité pour maintenir une possibilité de liaison des affects* » (Soubieux, 2013, p. 193). Le dispositif groupal favorise particulièrement les affects de colère et de violence, toujours présents et qui peuvent bloquer l'élaboration du deuil lorsqu'ils restent enfouis (Soubieux & Caillaud, 2014).

Accompagnement de la grossesse suivante

Lors de la grossesse suivante, quelques femmes nous ont fait part de leur souffrance lorsque les soignants ne leur parlent pas du bébé précédent, comme si cela n'avait pas existé. Si certaines ont besoin de cloisonner pour se rassurer (nous pensons aux femmes qui ont refusé la participation à la recherche), pour d'autres, pouvoir parler de la grossesse précédente est nécessaire et permet la poursuite de l'élaboration du deuil. Parler du bébé mort c'est aussi en confier le souvenir à d'autres que soi, ne plus être seule en charge de veiller la mémoire de ce bébé disparu, et laisser ainsi la place au bébé à venir.

Les femmes pour qui l'accouchement du bébé mort était le premier, ont envie de savoir, lors des cours de préparation à l'accouchement, ce qui sera pareil et ce qui sera différent, mais n'osent pas toujours en parler, notamment lorsque la préparation est groupale. Proposer, en plus des séances en groupe, des entretiens individuels nous semblerait une piste à explorer. Elles ont aussi souvent besoin de savoir si ce qu'elles ressentent est « normal ». Le soignant peut alors faire référence à d'autres femmes ayant vécu la même chose, ce qui permet à la fois de les rassurer et de les autoriser à raconter leurs vécus. Par exemple : un médecin a reçu une femme quelques jours avant la date anniversaire de l'accouchement, il lui a dit « *certaines femmes, à cette période, se sentent plus tristes, comment vous sentez-vous ?* ». Elle a répondu qu'effectivement c'était difficile pour elle. Ils ne sont pas allés beaucoup plus avant sur le sujet, mais elle raconte cet échange en disant qu'elle a eu le sentiment de se sentir comprise et d'être autorisée à dire sa souffrance. En effet, pour

l'entourage, la nouvelle grossesse est le signe d'un recommencement et source de joie. Les femmes se sentent souvent coupables de ne pas être aussi heureuses que leur entourage leur demanderait et elles ne se sentent pas autorisées à parler de cette souffrance.

La grossesse qui suit, au vu de sa spécificité, demande qu'une prise en charge singulière soit pensée. Faut-il parler du bébé mort ? Faut-il au contraire considérer les mères comme lors d'une grossesse normale pour les aider à se centrer sur le bébé actuel ? Il est difficile de répondre de manière générale à cette question, chaque femme ayant investi différemment le bébé mort ainsi que la grossesse actuelle. Il semble néanmoins primordial de pouvoir, encore plus que d'habitude, être à l'écoute de ces couples, tenter de percevoir ce qui est important pour eux. Il est impossible toutefois que le bébé mort ait complètement disparu de leurs pensées. L'angoisse d'une mauvaise nouvelle à chaque examen est exacerbée et éminemment reliée à leur antécédent. Être alors attentif à cette angoisse et en tenir compte au cours des différentes étapes de la prise en charge médicale semble donc particulièrement important.

Place de l'enfant suivant

Le rôle et la place de l'enfant qui arrive après une perte périnatale questionne et apparaît souvent comme source d'inquiétude pour les soignants. La notion d'enfant de remplacement telle qu'elle a été décrite dans la littérature n'apparaît pas aussi directement dans la clinique. Nous devons reconnaître à cette notion d'avoir posé la question de ce qu'il en est de cet enfant suivant. Lorsque cette notion a été théorisée la compréhension de l'impact d'un deuil prénatal n'en était qu'à ses prémices. Ce concept mérite aujourd'hui d'être remis en question à la lumière des nouvelles connaissances en périnatalité et de nos cliniques actuelles. Si la femme s'enferme et confirme un deuil pathologique à la grossesse suivante, c'est alors que peuvent apparaître les troubles décrits dans le concept d'enfant de remplacement. La première interrogation qui s'impose est celle de savoir quel rôle a cette nouvelle grossesse et ce nouveau bébé dans l'évolution du deuil de la grossesse précédente. Inhibent-ils le processus de deuil, pouvant même le dénier ? Ou à l'inverse la grossesse suivante s'inscrit-elle comme une étape à part entière du deuil prénatal, processus spécifique ne pouvant se contenter de la description clinique habituelle du deuil. Comment imaginer alors l'investissement de l'enfant suivant ? En leur permettant de parler du bébé mort et en intégrant cet antécédent à leur histoire, tout en étant néanmoins attentifs à ce que le bébé de la grossesse actuelle ait lui aussi sa place dans le discours des parents, les soignants accompagnent le processus de deuil et un mouvement de différenciation possible.

Penser ensemble

La complexité de cette grossesse demande un travail d'équipe au sein duquel chaque soignant, au sens large, a un rôle majeur à jouer. Il nécessite des temps aménagés pour la pensée dans nos services où la file active est telle qu'il est difficile de les aménager. Néanmoins, il nous paraît fondamental que cette réflexion soit menée en groupe de manière dynamique et non figée en prenant en compte la singularité de chaque institution et de

chaque couple afin de permettre un passage du pluridisciplinaire à l'interdisciplinarité¹.

1. Pour Golse et Missonnier, (DU périnatalité, Paris-Descartes), la « *pluridisciplinarité* » est le travail de plusieurs professionnels au sein d'une équipe, chacun dans son domaine, dans une forme d'étanchéité. Tandis que la « *l'interdisciplinarité* » se caractérise par un « métissage aux frontières », une pensée en commun permettant le changement des attitudes de chacun.

Conclusion

Lorsque Dieu retient la main d'Abraham levée sur son fils Isaac il fait de l'infanticide une interdiction divine. L'interruption médicale de grossesse confronte parents, familles, et professionnels à l'impensable, à l'irreprésentable. Le fœtus, par son statut particulier est dans un entre-deux qui actuellement, en France et dans certains autres pays, autorise son arrêt de vie. Selon les périodes et les cultures, « *l'enfants du dedans* » (Missonnier, 2004) a été considéré et représenté de diverses façons. Nezelof note que l'iconographie « *de l'embryon et du fœtus à travers les âges est très influencée par les connaissances médicales et l'idéologie prévalante à chaque époque* » (Nezelof et al., 2006, p. 18). De nos jours, la médecine a fait du fœtus un patient, rendant d'autant plus complexe la législation de l'IMG. Les rites religieux ont de tout temps essayé d'accorder une place à ces bébés nés sans vie, place toujours incertaine et problématique. Aujourd'hui, dans nos institutions publiques laïques, c'est l'éthique et la loi qui aspirent à encadrer les pratiques funéraires. Ces rites d'hier et d'aujourd'hui ont toujours pour fonction de maintenir une cohérence entre le monde des vivants et celui des morts, de reconnaître au défunt une place afin de ne pas l'oublier et de ne pas non plus être envahi par lui. Pour les fœtus, les maternités et les services funéraires proposent différentes options et c'est aux parents de décider si il sera prénommé, inscrit à l'état civil, habillé, enterré, dans des sépultures individuelles ou partagées. Dans notre société actuelle, le métissage des cultures et la laïcité des institutions demandent aux professionnels des adaptations constantes et une réflexion permanente. À ce titre, la fondation des services funéraires de la ville de Paris a en partie financé cette recherche afin que nous puissions travailler à l'élaboration d'un document permettant aux professionnels de ces services d'accompagner au mieux les parents dans ce passage difficile de leur vie.

Le processus de parentalité interrompu se réactive à l'occasion d'une nouvelle grossesse. Celle-ci survient plus ou moins rapidement après la perte, selon les processus de deuil des parents, leur envie d'attendre ou leur besoin vital de poursuivre. L'enfant mort va parfois incarner le sacrifice permettant à un désir d'enfant plus puissant d'advenir. La grossesse suivante est alors fortement impactée par la perte, pouvant s'en trouver soit surinvestie soit désinvestie, dans les deux cas du fait de la confrontation violente à la précarité de la vie. La grossesse ne sera plus jamais pour ces femmes un long fleuve tranquille. Les méandres de la maternalité mettent alors en exergue ce qui dans les grossesses tout venant ne sont souvent que de petits achoppements.

Nous avons souhaité nous centrer plus spécifiquement sur la honte et la culpabilité dans ce contexte. Il nous est en effet apparu que la clinique de la grossesse après une IMG était particulièrement impactée par ces vivances et il nous semblait pertinent d'en étudier les

intrications avec le processus de deuil et la maternalité. À l'issue de la revue critique de la littérature nous avons proposé le mot « vivance » pour les qualifier. Dans les dénouements de ce travail, ce mot nous semble plus que jamais pertinent. Il permet en effet de prendre en compte les aspects à la fois conscients, préconscients et inconscients de la honte et de la culpabilité en soulignant le dynamisme actuel dans le fonctionnement psychique des femmes enceintes après une IMG et dans leurs relations intersubjectives. Nous ajoutons que les vivances de honte et de culpabilité peuvent se manifester dans le discours ou le comportement des sujets mais également être parfois appréhendées uniquement au travers de ressentis contre-transférentiels. Cela souligne l'importance de la rencontre avec des soignants, psychiatres ou somaticiens, à même d'en prendre conscience et d'aider les femmes à l'exprimer.

Notre problématique était la suivante : le mode d'investissement du fœtus/bébé décédé est-il réactualisé par l'investissement du fœtus/bébé de la grossesse actuelle ? La grossesse active-t-elle de manière particulière des vivances de honte et de culpabilité ? De quelle façon ces vivances s'articulent-elles avec les mouvements psychiques de la femme dans les processus de deuil ?

Concernant l'évolution des investissements objectaux du bébé mort et du bébé actuel nous avons été à même de conclure que majoritairement, les rêveries et l'instauration d'un lien (proto)intersubjectif avec le bébé de la grossesse actuelle évoluent en parallèle aux représentations du bébé mort de manière plus ou moins équilibrée selon la place qu'occupe l'un et l'autre dans l'espace psychique de la femme. Lorsque les rêveries autour du bébé actuel étaient inhibées voire bloquées, l'était également l'évolution des représentations du bébé mort. Nous notons dans notre échantillon que :

- ne pas avoir vu l'enfant mort n'empêche pas l'évolution des représentations et du lien avec le bébé de la grossesse actuelle ;
- le terme de l'IMG n'a pas d'impact direct sur l'élaboration du versant objectal du deuil, ni sur l'évolution des représentations du fœtus/bébé de la grossesse suivante ;
- le délai entre les deux grossesses est lui aussi indépendant de l'élaboration du versant objectal du deuil et de l'investissement de la grossesse suivante.

Ces trois constats contre-disent des opinions largement répandues chez les soignants, et de nombreux psychiatres et psychologues dont nous faisons partie (voir page 217).

Nous avons retrouvé des vivances de honte au travers de quatre axes (voir page 230) : le sentiment de perte de contrôle sur soi ou son environnement, le sentiment d'échec, le sentiment de dévoilement et le sentiment d'exclusion ou d'inadéquation. Les vivances de honte sont plus ou moins envahissantes selon les femmes. Nous pouvons diviser ces axes en deux : des aspects plus narcissiques de la honte (perte de contrôle, échec) et des aspects plus objectaux (besoin de se cacher, sentiment d'inadéquation ou d'exclusion).

Les vivances de culpabilité sont centrées sur quatre motifs (voir page 240) : la décision d'interruption de grossesse, la cause de la maladie du bébé mort, la culpabilité dirigée directement envers le bébé mort et vis-à-vis du bébé actuel. Il est apparu que la culpabilité de la décision d'IMG et de la cause de la maladie, concernent des aspects plus narcissiques du fonctionnement psychique. Cette culpabilité peut s'avérer envahissante par moments

pour certaines femmes. Par ailleurs, elle peut aussi permettre de reprendre la maîtrise psychique des événements et ainsi de subjectiver l'expérience en diminuant les impacts traumatiques. La culpabilité vis-à-vis du bébé mort et vis-à-vis du bébé actuel marque d'une certaine façon, l'accès à l'altérité du bébé mort ou du bébé actuel. Ressentir de la culpabilité à son propos est une façon de le considérer comme un Autre sujet en devenir.

Au sujet de l'intrication entre vivances de honte et de culpabilité et processus de deuil nous avons conclu que (voir page 251) :

- La majorité des femmes retrouvent un groupe d'appartenance et le sentiment d'exclusion diminue parallèlement. Chez certaines de façon visible et chez d'autres ce même mouvement se produit mais de façon nettement moins marquée. Notons que le groupe peut être celui des femmes ayant perdu un bébé pendant la grossesse, ou à l'inverse celui des parents sans antécédents.
- Chez la majorité des femmes, les vivances d'échec diminuent au fil de la grossesse et elles sont en mesure de retirer des bénéfices narcissiques, sur un plan identitaire et identificatoire à l'expérience de l'IMG. Ces bénéfices sont le renforcement de leur couple et de la confiance mutuelle, le renouvellement du groupe amical, la mise en perspective des priorités. On retrouve aussi la possibilité de mieux se connaître, la capacité à mieux accepter de se tourner vers soi-même et ainsi, le sentiment d'être mieux armée face aux épreuves. Chez les femmes ayant des affects dépressifs plus appuyés, le vécu d'échec ne peut être nommé ou alors il est fort et ne diminue pas au fil de la grossesse. Deux autres femmes, du fait de leur fonctionnement psychique préalable ne voient pas diminuer leur sentiment d'échec au fil de la grossesse. Chez elles, contrairement aux autres femmes, le besoin de se cacher ou de s'isoler ne diminue pas au fil de la grossesse actuelle.
- La présence de vivances de culpabilité n'accompagne pas la résolution de la dimension objectale du deuil elle peut en revanche être un marqueur de la possibilité qu'a la femme de considérer le bébé à venir comme Autre sujet. En revanche, si elle est envahissante, elle peut entraver la mise en place d'un lien (proto)intersubjectif.

La confrontation de nos résultats avec la littérature existante nous permet d'appuyer des données et de proposer de nouvelles hypothèses. La grossesse, permettant une mise en mouvement des objets internes, est pour toutes les femmes une occasion de reconsidérer la place psychique accordée à l'enfant mort. Il y a donc bien un effet de réactualisation du processus de deuil à l'occasion de la grossesse suivante qui peut néanmoins aller également dans le sens d'un figement plutôt que d'une élaboration. Dans ce cas, l'investissement du bébé de la grossesse actuel peine aussi à se déployer (voir page 263) .

Entre prolongement narcissique et autre sujet en devenir, le statut du fœtus/bébé est complexe et constitue un des enjeux du deuil prénatal. Si jusqu'à maintenant on a pu considérer le passage de l'un à l'autre dans une linéarité temporelle, la mise à l'épreuve de ce « *processus d'objectalisation* » par la clinique du deuil prénatal nous amène vers des propositions plus nuancées. Nous avons en effet constaté qu'au cours de la grossesse, les investissements narcissiques ne diminuent pas au profit de l'investissement objectal du bébé mais restent présents tout au long de la grossesse de façon plus ou moins prégnante selon les

femmes. En ce sens, une IMG plus tardive n'est pas la garantie d'une meilleure élaboration du versant objectal du deuil. Peut alors être pensé en terme de processus l'investissement, le plus souvent progressif, mais soumis à des allers-retours, du fœtus/bébé comme autre-sujet différencié et externe. Au sein de ce processus, il nous semblerait pertinent de pouvoir prendre en compte de façon spécifique ce qui est de l'ordre des représentations de l'enfant et de celles d'une (proto)intersubjectivité évolutive entre la mère, le père et le fœtus/bébé (voir page 264).

De par son statut narcissique, le fœtus mort a été décrit par les auteurs comme un objet plus susceptible d'entraîner un état mélancolique chez la femme lorsqu'il vient à disparaître. Nos résultats ne vont pas dans ce sens. Nous avons trouvé une relation entre dépression et force de l'investissement narcissique de « l'enfant » défunt au détriment des investissements objectaux. Néanmoins, cette dépression n'était pas un état mélancolique tel qu'il a été décrit par Freud (1914). La présence de vivances de honte chez les deux femmes déprimées exclue le diagnostic de mélancolie lorsque nous la considérons dans toute sa spécificité psychiatrique et métapsychologique. La décompensation mélancolique à l'occasion de la perte d'un bébé pendant la grossesse serait alors selon nous, plus fonction de l'organisation psychique préalable de la femme, de la fragilisation psychique inhérente à l'état de grossesse et de la crise redoublée par la tragédie de l'annonce, que seulement du caractère particulier du statut du fœtus (voir page 267).

La culpabilité est souvent décrite lors d'un deuil prénatal. Le choix qu'impose l'interruption médicale de grossesse donne à cette vivance une tonalité particulière. En effet, décider d'arrêter la vie du bébé défie l'interdiction ancestrale du « tu ne tueras point » en rendant ontologiquement différent de soi l'enfant mort. Se sentir coupable d'avoir tué ce fœtus malade permet de ne pas se confondre avec lui, c'est éliminer ce qu'il y a de mauvais en soi sans attaquer le moi. Interrompre la grossesse c'est aussi faire disparaître le fruit du péché, transgression de l'interdit œdipien mise à jour par la punition du handicap (voir page 269).

Le diagnostic prénatal peut très largement mettre à mal les bénéfices narcissiques tirés de l'apprentissage de la propreté entraînant un sentiment profond de défaillance du corps et provoquant d'importantes vivances de honte. La déflation narcissique de perte de contrôle, voir de perte d'emprise est forte pour les femmes à qui on annonce une pathologie foetale (voir page 272). L'accouchement par voie basse du bébé mort qu'elles se voient proposer (imposer) par les équipes pourrait-il alors être compris comme une injonction institutionnelle défensive en réaction à cette angoisse de perte de contrôle? Les réactions des femmes face à cette proposition sont variées. Il nous est apparu que l'accouchement d'un fœtus/bébé mort est une expérience comportant une part importante de violence pour les accouchées, et les sages-femmes, les confrontant de façon impensable à leurs désirs infanticides et nécessitant le recours à des mécanismes de défense dans un contexte exceptionnel. Penser l'accouchement comme un moment heureux est alors une façon de dénier que l'accouchement est le moment où le fœtus/bébé meurt, où il est « tué » plus précisément, et permet de refouler ou d'enfouir ces désirs infanticides. C'est un mécanisme de défense opérant mais qui peut entraîner un certain nombre de symptômes comme le retournement

de l'agressivité coupable et refoulée en masochisme (voir page 278).

La colère, le sentiment d'injustice, la jalousie et l'envie sont des sentiments très souvent exprimés par les femmes après une IMG et plus largement après un deuil prénatal. Ils permettent de traiter une part de l'agressivité du sujet par des mécanismes de projections qui protègent le moi de l'agressivité dirigée originellement vers l'objet interne représentant du fœtus/bébé, lorsque celui-ci est encore symbiosé au moi du sujet. La honte permet d'encapsuler, de voiler, la jouissance inconsciente pouvant être retirée de la réalisation des désirs meurtriers, infanticide, et des pulsions d'emprise (voir page 281).

Le diagnostic d'une pathologie fœtale et la décision d'interrompre la grossesse produit chez les femmes des vécus intenses de dévoilement de l'intimité les amenant à s'isoler, à dissimuler leur ventre enceint et à se sentir regardées et intrusées par leur entourage intime et professionnel. Elles sont souvent embarrassées de cacher l'existence du bébé mort lorsqu'on les questionne sur leur grossesse actuelle. En ne parlant pas de ce fœtus/bébé, il devient inexistant comme s'il s'agissait de le tuer à nouveau, de répéter la décision d'IMG. Elles sont aussi gênées de montrer à leur entourage leur manque d'enthousiasme et d'optimisme sur l'issue de cette nouvelle grossesse. À la honte du dévoilement de l'intimité s'ajoute la honte du dévoilement de l'agressivité et des désirs infanticides qu'elles éprouvent à l'égard du fœtus/bébé mort et de celui à venir (voir page 285).

En mettant en avant les vivances de honte et de culpabilité chez les femmes après une IMG nous pouvons confirmer l'intérêt des groupes de parole de mères endeuillées. Le dispositif groupal favorise particulièrement le partage d'affects et permet de reconstruire à plusieurs les aspects du psychisme qui concernent le lien à l'autre, mis à mal dans ce contexte (voir page 287).

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, la honte et la culpabilité apparaissent dans des situations traumatiques et peuvent avoir des effets structurants ou pathogènes. Nous pensons que la honte et la culpabilité secondaires sont deux pôles dans le plan de la description de la relation à l'autre et à soi. Il nous semble que pour la honte et la culpabilité, la psychopathologie ne serait pas issue d'un clivage mais serait la conséquence d'une confusion entre ces vivances, signe d'une régression plus profonde à la fois dans la construction psychique mais aussi dans les tréfonds des transmissions familiales inconscientes (voir page 291).

Nous avons proposé le mythe de Lilith : première femme d'Adam qui soutenant ses droits d'égalité se retrouve punie à voir mourir cent de ses enfants par jour. Afin d'échapper au suicide elle se voit autorisée à devenir elle-même meurtrière des enfants des autres. Ce récit mythologique illustre magistralement, en l'étendant à l'extrême, les liens entre honte, dépression et culpabilité tout en éclairant les fantasmes de toute puissance et les désirs infanticides vécus par les femmes enceintes après une interruption médicale de grossesse (voir page 298).

Pour finir, rappelons que cette thèse s'inscrit dans une recherche-action. La grossesse qui suit, au vu de sa spécificité, demande qu'une prise en charge singulière soit pensée. L'angoisse d'une mauvaise nouvelle à chaque examen est exacerbée et éminemment reliée à

leur antécédent. Être alors attentif à cette angoisse et en tenir compte au cours des différentes étapes de la prise en charge médicale semble donc particulièrement important. La complexité de cette grossesse demande un travail d'équipe au sein duquel chaque soignant, au sens large, a un rôle majeur à jouer. Il nécessite des temps aménagés pour la pensée dans les services. Il nous paraît fondamental que cette réflexion soit menée en groupe de manière dynamique et non figée en prenant en compte la singularité de chaque institution et de chaque couple.

Le cadre de la recherche-action implique un partage de l'essentiel des résultats avec les professionnels avec qui elle a été élaborée. En m'engageant dans plusieurs formations au sein de services de maternité j'ai déjà amorcé ce chantier. Il reste cependant encore beaucoup à entreprendre, ce seront les prochaines étapes de ce parcours.



Annexe A

Epidémiologie IMG pour raison foétale

Agence de biomédecine, indications et termes des attestations délivrées en vue d'une IMG pour raison foétale en 2012

	<=14SA	15SA-21SA	22SA-27SA	28SA-31SA	>=32SA	Total
Indications chromosomiques						
Nombre	1095	1254	354	95	101	2899
% du total d'indications chromosomiques	37,8%	43,3%	12,2%	3,3%	3,5%	40,6%
Indications géniques						
Nombre	180	124	48	28	46	426
% du total d'indications géniques	42,3%	29,1%	11,3%	6,6%	10,8%	6,0%
Indications infectieuses						
Nombre	2	10	27	6	24	69
% du total d'indications infectieuses	2,9%	14,5%	39,1%	8,7%	34,8%	1,0%
Malformations ou syndromes malformatifs						
Nombre	745	749	1112	291	326	3223
% du total d'indications de malformations	23,1%	23,2%	34,5%	9,0%	10,1%	45,2%
Autres indications foetales						
Nombre	51	256	162	29	19	517
% du total d'autres indications foetales	9,9%	49,5%	31,3%	5,6%	3,7%	7,2%
Total						
Nombre	2073	2393	1703	449	516	7134
% du total des indications foetales	29,10%	33,50%	23,90%	6,30%	7,20%	100,0%

Source : <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>

Annexe B

Guides d'entretien

N° de Recherche

Date :

1^{er} entretien

Prise de contact et temps d'explication de la recherche

Je vous remercie d'accepter de participer à cette recherche qui se déroule dans plusieurs institutions.

Nous allons donc nous rencontrer à 3 reprises pendant la grossesse, pour des entretiens, d'une durée d'une heure environ (compter 1h30 à chaque fois). Vous aurez également des questionnaires à remplir.

Vous serez revue aux 3 mois de l'enfant avec le père, ainsi qu'aux 18 mois de l'enfant.

Notre équipe s'engage à vous suivre tout le temps de la recherche. Pour ma part, je vous verrai tout le long de la grossesse.

Je vous redis la confidentialité de ces entretiens....

Auriez-vous des questions quant son déroulement ?

Si vous êtes toujours d'accord, merci de signer un consentement qui nous engage réciproquement. Vous trouverez nos coordonnées pour nous joindre si besoin.

Nous allons commencer avec quelques questions administratives :

- 1- Age :
- 2- Origine ethnique : 1-caucasienne 2- africaine 3- asiatique
- 3- Lieu d'habitation : 1- Paris 2- Ile de France 3-hors île-de-France
- 4- déménagement entre les 2 grossesses : 1-oui 2-non
- 5- profession : 1- secteur tertiaire 2- secteur secondaire 3- secteur primaire
- 6- situation familiale : Actuellement vivez-vous en couple ou seule ?
1-célibataire 2-union libre 3-mariage 4-pacs
- 7- Est-ce le même partenaire qu'à la grossesse précédente ? 1-oui 2-non.
- 8- Quel âge a-t-il ?
- 9- Depuis combien de temps vivez-vous en couple ?
- 10- Avez-vous des enfants ? 1- 0 2- 1 3- 2 4- 3 5- >3 Age(s) ?

Représentations parentales pendant la 1^{ère} grossesse

Nous allons tout d'abord parler de votre précédente grossesse.

Pourriez-vous me raconter dans quel contexte cette grossesse est survenue ?

- 11- Etait-elle désirée ?
- 12- Etait-elle programmée, prévue ?
- 13- Avez-vous bénéficié de méthodes de procréation médicalement assistée ?
1- FIV 2-ICSI 3-IAC (insémination intra-utérine avec sperme du conjoint) 4-IAD (avec sperme d'un donneur) 5-don d'ovocyte ? 6-non
- 14- Depuis combien de temps aviez-vous ce projet ? Etait-ce une décision de couple ou individuelle ?
- 15- Comment avez-vous découvert votre grossesse ?
- 16- Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez découvert que vous étiez enceinte ?
- 17- Quand l'avez-vous dit à votre compagnon ? Pourquoi ?
- 18- A quel moment avez-vous pris conscience que vous alliez être parents ?
- 19- Est ce que ça a été au même moment pour votre conjoint et pour vous ?
- 20- Quelles sensations physiques aviez-vous en début de grossesse ?
- 21- Comment l'imaginiez-vous au début de la grossesse ?
- 22- Comment en parliez-vous ?

N° de Recherche

Date :

- 23- Comment seriez vous à l'aise que j'en parle ?
- 24- Comment l'imaginiez-vous après la première échographie ?
- 25- A partir de quand avez vous senti sa présence dans votre corps ?
- 26- L'avez vous senti bouger ? A partir de quand ?
- 27- Est ce que vous lui parliez ?
- 28- Est ce que vous touchiez votre ventre ?

Perception de l'annonce

- 29- A quel moment avez vous su qu'il avait un problème ?
 - 30- A quel terme ?
 - 31- Etiez-vous seule ou accompagnée ? Par qui ?
 - 32- Qui a fait l'annonce ?
 - 33- Comment ?
 - 34- Est-ce que vous avez compris sur le moment ou plus tard ?
 - 35- Qu'avez-vous ressenti ? qu'avez-vous pensé ?
- Et de retour chez vous ?

- 36- A qui l'avez vous raconté ?
- 37- Avez- vous cherché à vous renseigner ?
- 38- Comment ?

Après l'annonce

Qu'est ce que cette annonce a changé dans la manière dont vous étiez avec lui ?

- 39- Avez-vous cessé/commencé à lui parler ?
- 40- Avez-vous cessé/commencé à toucher votre ventre ?
- 41- Pourriez-vous en dire plus sur la manière dont vous l'imaginiez après l'annonce ?
- 42- En parliez-vous de la même façon qu'avant l'annonce ?
- 43- Avez-vous rêvé de lui à ce moment là ?
- 44- Quels étaient vos sentiments à son égard à ce moment là ?
- 45- Quels étaient vos sentiments par rapport à la grossesse ?
- 46- Qu'en pensait votre conjoint ?
- 47- Combien de temps s'est écoulé entre l'annonce initiale et le diagnostic ?
- 48- Comment vous êtes vous senti accompagné ?

Décision de l'IMG

Comment est venue l'idée de l'IMG...

- 49- Qui l'a amenée ?
- 50- Quelles ont été vos réactions face à cette idée ?
- 51- Comment avez vous cheminé avec cette idée là ?
- 52- Comment avez-vous vécu le temps entre le diagnostic et la décision ?
- 53- Qu'en pensait votre conjoint ?
- 54- Et vos parents ?
- 55- Avec qui d'autres avez-vous pu en parler ?
- 56- La dimension religieuse était-elle importante pour vous ?
- 57- Avez-vous souhaité rencontrer un prêtre/rabbin/imam ?
- 58- Comment l'équipe vous a accompagné durant cette période ?
- 59- Vous a-t-on proposé de rencontrer un psychologue dans le service ?

N° de Recherche

Date :

- 60- l'avez-vous fait ? pourquoi ?
- 61- Avez-vous eu le temps de réfléchir ?
- 62- Comment avez-vous vécu ce temps de réflexion ?

Une fois la décision prise

- 63- A ce jour, que diriez-vous du délai entre le diagnostic et l'IMG ?
- 64- Est ce qu'on vous a expliqué comment l'IMG allait se dérouler ?
- 65- Qui ?
- 66- Avez-vous pu intégrer toutes ces informations ?
- 67- Comment avez-vous réagi à cela ?
- 68- Est ce que du coup vous avez pu anticiper la rencontre avec lui?
- 69- Souhaitiez-vous le voir ?
- 70- Souhaitiez vous le tenir dans les bras ?

L'IMG

Pouvons-nous parler du moment de l'IMG...

- 71- comment cela s'est passé ?
- 72- Terme ?
- 73- Date ?
- 74- A quel moment avez-vous eu l'impression qu'il était mort ?
- 75- Qui était présent à ce moment là ?
- 76- Et l'accouchement ?
- 77- Y-a-t 'il eu des complications?

Rencontre avec l'enfant décédé

- 78- Comment vous a-t-on proposé de voir votre bébé, à quel moment ?
- 79- Vous a-t-on parlé de lui avant que vous ne le voyiez ?
- 80- Avez-vous souhaité le voir, le tenir ?
- 81- L'avez-vous fait ?
- 82- À quel moment ?
- 83- Avec qui étiez-vous ?
- 84- Comment s'est passée la rencontre avec votre bébé ? Quand ?
- 85- Aviez-vous choisi des vêtements ?
- 86- Avez-vous pris des photos ?
- 87- avez-vous souhaité en avoir après ? à quel moment ?
- 88- Avez-vous fait l'emprunte des pieds, des mains ?
- 89- Quel est votre sentiment sur la manière dont les soignants vous ont accompagné à ce moment-là ?

Représentations de l'enfant décédé

- 90- Etait-il comme vous l'aviez imaginé ?
- 91- Lui avez-vous donné un prénom ?
- 92- Comment avez-vous pensé à ce moment ensuite ?
- 93- Avez-vous souhaité faire des obsèques ?
- 94- Préférez-vous que l'hôpital s'en charge ?
- 95- Avez-vous souhaité le déclarer sur le livret de famille ?
- 96- Avez-vous mis en place un acte rituel autre que les obsèques

N° de Recherche

Date :

- 97- Quelles représentations gardez-vous de lui maintenant ?
- 98- Avez-vous eu une consultation post-IMG ? Avec qui ?
- 99- Combien de temps après ?
- 100- Comment l'avez vous vécu ?
- 101- Avez-vous eu les informations que vous espériez ?
- 102- Avez-vous eu un diagnostic ? quel était-il ?
- 103- Vous a-t-on parlé de risques pour la grossesse suivante ?

Si la « date anniversaire de l'IMG » est passée :

- 1- Comment avez-vous vécu ce moment ? Quels souvenirs vous reviennent de cette journée ? Avec quelles émotions associées ?
- 2- Avez-vous marqué cette journée d'une façon particulière ?
- 3- L'avez-vous vécu avec votre conjoint ?
- 4- Avez-vous eu des manifestations de votre entourage à ce sujet ?

Récit parental

- 104- Maintenant, quelques temps plus tard, que diriez-vous de cette période de votre vie ?
- 105- Avez-vous vécu cet événement comme un échec ?
- 106- Vous sentez vous coupable de ce qui est arrivé ?

Grossesse suivante

- 107- A quel moment avez-vous pensé à une grossesse suivante ?
- 108- A quel moment de votre vie est-elle arrivée ?
- 109- Etait-elle désirée ?
- 110- Etait-elle programmée, prévue ?
- 111- Avez-vous bénéficié de méthodes de procréation médicalement assistée ?
- 112- Comment vous êtes-vous sentie à l'annonce de cette grossesse ?
- 113- et après ?
- 114- Comment la nouvelle a-t-elle été accueillie par votre compagnon ?
- 115- par vos familles ?
- 116- Avez-vous des frères et sœur ? ont-ils des enfants ?

Représentation de l'enfant à venir

- 117- Comment vous sentez-vous dans cette grossesse ?
- 118- Avez vous fait l'échographie ? Comment l'avez vous vécue ?
- 119- Est ce que vous pensez au *bip* que vous avez perdu ?
- 120- Pensez vous au bébé que vous portez ?
- 121- Quelles sont vos sensations physiques dans cette grossesse ?
- 122- Est ce que vous le sentez bouger ?
- 123- Depuis quand ?
- 124- vous souvenez-vous de vos rêves en ce moment ? Avez vous fait des rêves marquants ces derniers temps ?
- 125- Quand vous l'avez senti bouger pour la première fois qu'avez-vous pensé ?
- 126- Quand vous le sentez bouger, quelles pensées vous viennent ?

Annexe C

Echelles

- PGS
- PCLS
- STAI-A
- STAI-B
- EPDS
- PAI
- DAS

NOM _____

DATE |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Ce questionnaire contient 33 énoncés qui évaluent les pensées et les sentiments que ressentent les personnes qui vivent un deuil. S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

Directives:

Encerclez le chiffre 1	si vous êtes fortement en accord avec l'énoncé ou si l'énoncé est définitivement vrai pour vous.
Encerclez le chiffre 2	si vous êtes modérément en accord avec l'énoncé ou si l'énoncé est presque vrai pour vous.
Encerclez le chiffre 3	si vous êtes ni en accord ni en désaccord avec l'énoncé ou si l'énoncé est autant vrai que faux pour vous.
Encerclez le chiffre 4	si vous êtes modérément en désaccord avec l'énoncé ou si l'énoncé est presque faux pour vous.
Encerclez le chiffre 5	si vous êtes fortement en désaccord avec l'énoncé ou si l'énoncé est définitivement faux pour vous.

Perinatal Grief Scale - TOEDTER et LASKER
(Traduction Lang et Goulet)

N°identif. Dossier |_|_|_|_|

N°entretien |_|_|_|_|

Date |_|_| / |_|_| / |_|_|

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé

	OUI			NON	
	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément En désaccord	Fortement en désaccord
1. Je me sens déprimée	1	2	3	4	5
2. J'ai du mal à m'entendre avec certaines personnes.....	1	2	3	4	5
3. Je me sens vide intérieurement.....	1	2	3	4	5
4. Je n'arrive pas à poursuivre mes activités habituelles.....	1	2	3	4	5
5. Je ressens le besoin de parler du bébé.....	1	2	3	4	5
6. J'ai du chagrin en pensant au bébé.....	1	2	3	4	5
7. Je suis effrayée.....	1	2	3	4	5
8. J'ai pensé à me faire du mal depuis la mort du bébé.....	1	2	3	4	5
9. Je prends des médicaments pour les nerfs.....	1	2	3	4	5
10. Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup.....	1	2	3	4	5
11. Je sens que je me suis bien adaptée à la perte du bébé..	1	2	3	4	5
12. C'est douloureux de repenser à la perte.....	1	2	3	4	5
13. Je suis bouleversée quand je pense au bébé	1	2	3	4	5
14. Je pleure quand je pense à lui (ou elle).....	1	2	3	4	5
15. Je me sens coupable quand je pense au bébé	1	2	3	4	5
16. Je me sens physiquement mal quand je pense au bébé..	1	2	3	4	5
17. Je me sens vulnérable dans un monde dangereux depuis que le bébé est mort	1	2	3	4	5
18. J'essaie de rire mais plus rien ne me semble dorénavant drôle.....	1	2	3	4	5

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerchez une seule réponse par énoncé

	OUI			NON	
	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément En désaccord	Fortement en désaccord
19. Le temps passe lentement depuis que le bébé est mort..	1	2	3	4	5
20. Le meilleur de moi-même est mort en même temps que le bébé	1	2	3	4	5
21. J'ai laissé tomber certaines personnes depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5
22. Je me sens sans valeur depuis que le bébé est mort	1	2	3	4	5
23. Je me blâme pour la mort du bébé.....	1	2	3	4	5
24. Je me fâche avec mes amis ou ma famille plus que je ne le devrais.....	1	2	3	4	5
25. Je pense parfois que j'aurais besoin d'une aide professionnelle pour m'aider à reprendre le cours de ma vie.....	1	2	3	4	5
26. J'ai l'impression que j'existe mais que je ne vis pas vraiment depuis la mort du bébé	1	2	3	4	5
27. Je me sens si seule depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5
28. Je me sens à l'écart et en retrait, même en compagnie de mes amis	1	2	3	4	5
29. C'est plus sûr de ne pas aimer	1	2	3	4	5
30. Je trouve difficile de prendre des décisions depuis que le bébé est mort	1	2	3	4	5
31. Je m'inquiète de ce que sera mon avenir	1	2	3	4	5
32. Etre un parent en deuil donne l'impression d'avoir moins de valeur pour la société	1	2	3	4	5
33. C'est merveilleux d'être en vie	1	2	3	4	5

Merci d'avoir répondu. Nous nous tenons à votre disposition.

PCL-S

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : _/ _/ _.

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veillez lire chaque problème avec soin puis veillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent* .

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) : _____

Date de l'événement : _____ / _____ / _____

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de coeur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5
Score total I I I I					

EPDS

N° recherche :

Date :

Vous venez en consultation pour le huitième mois de votre grossesse. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple :

- Je me suis sentie heureuse
- Oui tout le temps
- Oui la plupart du temps
- Non pas très souvent
- Non pas du tout

Cela signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant cette semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux questions qui suivent.
PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER.

- 4- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent
- 5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
 - Oui, vraiment souvent
 - Oui, parfois
 - Non, pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 6- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.
 - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.
- 7- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
 - Oui, la plupart du temps.
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse
 - Oui, très souvent
 - Oui, la plupart du temps.
 - Pas très souvent
 - Non pas du tout
- 9- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
 - Oui, la plupart du temps.
 - Oui, très souvent
 - Seulement de temps en temps
 - Non, jamais
- 10- Il m'est arrivé de penser à me faire mal.
 - Oui, très souvent
 - Parfois
 - Presque jamais
 - Jamais

- 1- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 - Aussi souvent que d'habitude
 - Pas tout à fait autant
 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - Absolument pas
- 2- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.
 - Autant d'habitude
 - Plutôt moins que d'habitude
 - Vraiment moins que d'habitude
 - Pratiquement pas
- 3- Je me suis reproché, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
 - Oui, la plupart de temps.
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, jamais

PAI

Les propositions qui suivent décrivent des pensées, des sentiments ou des situations que les femmes peuvent ressentir pendant leur grossesse.

Nous aimerions savoir ce que vous avez ressenti durant le mois qui vient de s'écouler.

Entourez le chiffre qui semble le plus adapté à votre expérience.

1= presque jamais

2 =parfois

3=souvent

4=presque toujours

	Presque jamais	parfois	souvent	presque toujours
1. Je me demande à quoi peut ressembler le bébé maintenant	1	2	3	4
2. Je m'imagine appeler le bébé par son prénom	1	2	3	4
3. Je trouve agréable de sentir le bébé bouger	1	2	3	4
4. Je pense que mon bébé a déjà une personnalité	1	2	3	4
5. Je laisse les autres poser leurs mains sur mon ventre pour sentir le bébé bouger	1	2	3	4
6. Je fais attention aux choses qui pourraient avoir une influence sur le bien-être du bébé	1	2	3	4
7. Je pense à ce que je ferai avec mon bébé	1	2	3	4
8. Je décris aux autres ce que le bébé fait à l'intérieur de moi	1	2	3	4
9. J'imagine quelle partie du bébé je suis en train de toucher	1	2	3	4
10. Je sais quand le bébé est endormi	1	2	3	4
11. Je peux faire bouger mon bébé	1	2	3	4
12. J'achète ou je fabrique des choses destinées au bébé	1	2	3	4
13. Je ressens de l'amour pour mon bébé	1	2	3	4
14. J'essaie d'imaginer ce que le bébé est en train de faire à l'intérieur de mon ventre	1	2	3	4
15. J'aime être assise avec les bras autour de mon ventre	1	2	3	4
16. Je rêve du bébé	1	2	3	4

Presque jamais	parfois	souvent	presque toujours
---------------------------	----------------	----------------	-----------------------------

17. Je sais pourquoi le bébé est en train de bouger	1	2	3	4
18. Je caresse le bébé à travers mon ventre	1	2	3	4
19. Il m'arrive de partager des confidences avec mon bébé	1	2	3	4
20. Je sais que le bébé peut m'entendre	1	2	3	4
21. Il m'arrive d'être très émue quand je pense au bébé	1	2	3	4

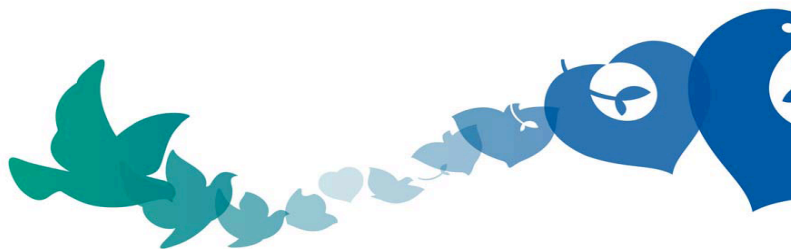
DAS

Ce questionnaire concerne votre vie de couple. Veuillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond à ce que **vous vivez**.

Nous sommes généralement d'accord dans les domaines suivants :		jamais d'accord	rarement d'accord	parfois d'accord	assez souvent d'accord	la plupart du temps d'accord	toujours d'accord
01	Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie.						
02	Les prises de décision importantes.						
03	Les marques d'affection.						
04	Les amis.						
05	Les relations sexuelles.						
06	La philosophie de la vie.						
07	Les façons d'agir avec les parents et les beaux parents.						
Pour chacune des phrases suivantes, veuillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond à ce que vous vivez		jamais	rarement	parfois	assez souvent	la plupart du temps	toujours
08	Il m'arrive de penser au divorce, à la séparation ou à terminer notre relation						
09	Nous nous « tapons sur les nerfs ».						
10	Nous avons des échanges d'idées stimulants.						
11	Nous discutons calmement.						
12	Je me confie à mon partenaire.						
13	Nous avons des intérêts communs à l'extérieur de la maison.						
14	Nous rions ensemble.						
15	Nous travaillons ensemble à un projet.						
Veuillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond à ce que vous vivez		extrêmement malheureux	passablement malheureux	un peu malheureux	heureux	très heureux	extrêmement heureux
16	Quel est globalement votre degré de bonheur dans votre relation ?						

Annexe D

Note d'information et consentement éclairé



Soigner, soulager, revisiter le deuil prénatal et accompagner la famille lors de la grossesse suivant une IMG.

**Equipe de recherche : Dr B. Beauquier, Dr M-J. Soubieux, Pr S. Missonnier
M-E Mériot, J. Shulz, D. de Wailly**

NOTE D'INFORMATION

Madame,

Le Docteur Bérengère Beauquier, praticien hospitalier, pédopsychiatre, exerçant à l'hôpital Necker, et toute l'équipe de recherche vous proposent de participer à une recherche concernant votre grossesse.

Il est important de lire attentivement cette note avant de prendre votre décision ; n'hésitez pas demander des explications.

Si vous décidez de participer à cette recherche, un consentement écrit vous sera demandé.

1. Quel est le but de cette recherche ?

Cette recherche porte sur le ressenti de votre grossesse actuelle et l'accueil de votre enfant à venir. Nous nous intéressons également au vécu de l'interruption médicale de grossesse.

Pour répondre à la question posée dans la recherche, il est prévu d'inclure 80 femmes enceintes suite à une interruption médicale de grossesse, suivies à la maternité Necker-Brune et la maternité de Trousseau.

2. En quoi consiste la recherche ?

Dans la recherche proposée, nous allons évaluer vos représentations pour cette nouvelle grossesse au moyen d'entretiens semi-structurés ainsi que différents paramètres psychologiques au moyen d'auto-questionnaires.

Trois mois après l'accouchement, nous évaluerons la construction de la communication en famille par une séquence de jeu filmée avec vous, votre partenaire et votre enfant.

A 18 mois, nous vous proposerons une séquence filmée de jeu de l'enfant, en votre présence et votre absence.

Lors de ces deux temps, nous réévaluerons les différents paramètres psychologiques vous concernant.

3. Quel est le calendrier de la recherche ?

Votre participation sera de 24 mois et s'intégrera dans une recherche qui durera 39 mois. Après la signature de votre consentement, lors de la première visite, 3 rencontres seront organisées pendant la grossesse à 22, 27 et 34 semaines d'aménorrhée. Vous bénéficierez d'un entretien avec un chercheur expérimenté ; vous aurez des auto-questionnaires à remplir. Après la naissance, vous serez revue à 3 mois et 18 mois.

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires, dont l'original doit être conservé par l'investigateur, le deuxième remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis à l'AP-HP sous enveloppe scellée à la fin de la recherche.

4. Quels sont les bénéfices et les contraintes liés à votre participation ?

En participant à cette recherche, vous bénéficierez d'un suivi psychologique spécifique pendant la grossesse et jusqu'aux 18 mois suivant la naissance de votre enfant. Ce suivi ne se substituera pas à celui que vous pourriez avoir par ailleurs. Votre suivi médical ne sera en rien modifié par votre participation à cette recherche et aucun frais supplémentaire ne vous sera demandé. Par ailleurs, vous contribuerez à une meilleure connaissance du vécu d'une grossesse suivant un décès prénatal et une amélioration de la prise en charge des patientes.

Si vous acceptez de participer, vous devrez respecter les points suivants :

- Venir aux rendez-vous. En cas d'impossibilité, nous vous remercions de contacter votre chercheur le plus rapidement possible afin de convenir d'un autre rendez-vous.
- Informer le chercheur de l'utilisation de tout médicament ainsi que de tout événement survenant pendant la recherche (hospitalisation ...)
- Remplir les documents spécifiques à la recherche : auto-questionnaires remis à chaque entretien.
- Ne pas prendre part à un autre projet de recherche sans l'accord de votre médecin, ceci pour vous protéger de tout accident possible pouvant résulter par exemple d'incompatibilités possibles entre les médicaments étudiés ou d'autres dangers.
- Etre affilié(e) à un régime de sécurité sociale ou être bénéficiaire d'un tel régime.

5. Quels sont les risques prévisibles de la recherche?

La recherche, entrant dans le cadre de soins courants, ne présente aucun risque prévisible pour vous ou votre enfant.

Cependant, si vous vous sentez inquiète, parlez-en à votre médecin ; si vous souhaitez bénéficier d'une prise en charge psychologique pendant la grossesse, vous serez orientée vers des professionnels du service compétent.

1. Si vous participez, que vont devenir les données recueillies pour la recherche ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles anonymisées va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

A cette fin, les données médicales vous concernant et les données recueillies seront transmises à l'équipe de recherche. Ces données seront anonymisées et identifiées par un numéro de code.

Pour tout arrêt de participation sans retrait de consentement, les données recueillies précédemment à cet arrêt seront utilisées sauf si vous ne le souhaitez pas.

11) Comment cette recherche est-elle encadrée ?

L'AP-HP a pris toutes les dispositions prévues par la loi relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales, loi Huriot (n° 88-1138) du 20 décembre 1988 modifiée par la loi de santé publique (n° 2004-806) du 9 août 2004.

La recherche a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes de Necker pour cette recherche le 06/02/2012 et une autorisation de l'Agence Française de Sécurité Sanitaires des Produits de Santé (Afssaps).

12) Quels sont vos droits ?

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Votre décision n'entraînera aucun préjudice sur la qualité des soins et des traitements que vous êtes en droit d'attendre pour le suivi de votre grossesse actuelle.

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires, dont l'original doit être conservé par l'investigateur, le deuxième remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis à l'AP-HP sous enveloppe scellée à la fin de la recherche.

Vous pourrez tout au long de la recherche demander des explications sur le déroulement de la recherche au chercheur qui vous suit.

Vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis et sans conséquence sur la relation avec votre médecin. A l'issue de ce retrait, vous pourrez être suivi par la même équipe médicale.

Conformément aux dispositions de la CNIL (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de la recherche qui seul connaît votre identité. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Votre dossier médical restera confidentiel et ne pourra être consulté que sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre traitement ainsi que par les autorités de santé et par des personnes dûment mandatées par l'AP-HP pour la recherche et soumises au secret professionnel.

A l'issue de la recherche et après analyse des données relatives à cette recherche, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux par l'intermédiaire du médecin qui vous suit dans le cadre de cette recherche.

Si vous acceptez de participer à la recherche après avoir lu toutes ces informations et discuté tous les aspects avec votre médecin, vous devrez signer et dater le formulaire de consentement éclairé se trouvant à la fin de ce document.

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires, dont l'original doit être conservé par l'investigateur, le deuxième remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis à l'AP-HP sous enveloppe scellée à la fin de la recherche.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), M^{me}, M^{lle}, M. [rayer les mentions inutiles] (nom, prénom).....

accepte librement de participer à la recherche intitulée

« Soigner, soulager, revisiter le deuil prénatal et accompagner la famille lors de la grossesse suivant une IMG.

organisée par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et qui m'est proposée par le Docteur B. Beauquier, médecin coordinateurs dans cette recherche et D. de Galembert, psychologue clinicienne, M-E Mériot, Psychiatre, , ou J. Shulz, psychologue clinicienne.

- J'ai pris connaissance de la note d'information version m'expliquant l'objectif de cette recherche, la façon dont elle va être réalisée et ce que ma participation va impliquer,
- Je conserverai un exemplaire de la note d'information et du consentement,
- J'ai reçu des réponses adaptées à toutes mes questions,
- J'ai disposé d'un temps suffisant pour prendre ma décision,
- J'ai compris que ma participation est libre et que je pourrai interrompre ma participation à tout moment, sans encourir la moindre responsabilité et préjudice pour la qualité des soins qui me seront prodigués. J'indiquerai alors au médecin qui me suit, si je souhaite ou non que les données recueillies, jusqu'au moment de ma décision, soient utilisées,
- J'ai compris que pour pouvoir participer à cette recherche je dois être affilié(e) à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime. Je confirme que c'est le cas,
- j'ai bien été informé(e) que ma participation à cette recherche durera 24 mois et que cela implique que je ne pourrai pas envisager de participer à une autre recherche avant cette date sans en informer le médecin qui me suit pour la recherche,
- Mon consentement ne décharge en rien le médecin qui me suit dans le cadre de la recherche ni l'AP-HP de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Signature de la personne participant à la recherche

Signature du chercheur

--	--

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin qui contactera le promoteur de la recherche.

Signature de la personne participant à la recherche

Signature du chercheur

Nom Prénom :

Nom Prénom :

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires, dont l'original doit être conservé par l'investigateur, le deuxième remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis à l'AP-HP sous enveloppe scellée à la fin de la recherche.

Annexe E

Résultats complets

Bibliographie

- Abdel-Baki, A. b. a., & Poulin, M.-J. b. a. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. II. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement. *Psychothérapies*, 41(2), 11–16.
- Abraham, K. (1924). Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido. In *Oeuvres complètes* (Vol. 2). Paris : Payot.
- Abraham, N., & Torok, M. (1987). *L'écorce et le noyau* (2008^e éd.). Paris : Flammarion.
- Alby, N. (1974). L'enfant de remplacement. *Evol Psychiatr*(39), 557–566.
- Alhusen, J. L. (2008 May-Jun). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 37(3), 315–328. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x
- Allouch, J. (1997). *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*. Paris : Epel.
- Alvarez, L., Parat, S., Yamgnane, A., Golse, B., Beauquier-Maccotta, B., & Oucherif, S. (2008). La naissance d'un enfant porteur de pathologie fœtale sévère : réflexions cliniques et éthique périnatale. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 457. doi: 10.3917/p-sye.512.0457
- Ammaniti, M. (1991). Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, XXXIV(2), 341–358.
- Ammaniti, M., Candelori, C., & Tambelli, R. (1999). *Les représentations maternelles pendant la grossesse*. Paris : Puf.
- André, J. (2009). Introduction. Désirs d'enfant. In *Désirs d'enfant*. Paris : Puf.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998, mars). Pregnancy after perinatal loss : the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27(2), 183–189. doi: 10.1111/j.1552-6909.1998.tb02609.x
- Asseo, R. (2003). Quelques remarques préliminaires à l'extension du terme de "mélancolie". *Revue Française de Psychanalyse*, 67, 1549–1552.
- Athanassiou-Popesco, C. (2003). *Le narcissisme de soi à l'autre*. Lonay, Suisse : Delachaux et Niestlé.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris : Puf.

- Badaracco, J. E. G. (1999). *Psychanalyse multifamiliale*. Paris : Puf.
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007, avril). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249–259. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004
- Balint, M. (1952). *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris : Payot.
- Barr, P. (2004). Guilt-and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 77(4), 493–510.
- Barr, P. (2006). Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. *J Perinat Med*, 34(3), 207–211.
- Baussant-Crenn, C. (2004). Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques. *Pratiques du champ social*, 15–37.
- Beauquier-Maccotta, B. (2014). Un deuil prénatal et son retentissement dans la fratrie. *Le Carnet PSY*, 185(9), 41. doi: 10.3917/lcp.185.0041
- Ben Soussan, P. (1999). *Le bébé imaginaire*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Bianchi-Demicheli, F. (2004). Grossesse : d'Eros à Narcisse. *Psychothérapies*, 24(1), 1. doi: 10.3917/psys.041.0001
- Bibring, G. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*(16), 9–23.
- Bitouzé, V. (1998). Mort périnatale et processus de deuil. In *Psychopathologie périnatale* (pp. 47–57). Paris : Puf.
- Bitton, M. (2007). Lilith et Adam. Une légende sans dessus dessous. *Pardès*, 2(43), 37–51.
- Blin, D., & Soubieux, M.-J. (1997). La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie. *Le Carnet Psy*(31), 19–22.
- Blin, D., & Soubieux, M.-J. (1999). Perte périnatale : deuil dépression ou mouvement nostalgique. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*(47), 22–26.
- Boltanski, L. (2004). *La condition foetale, Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Saint-Amand : Gallimard.
- Bouvet, M. (1967). *La relation d'objet, Névrose obsessionnelle, dépersonnalisation*. Paris : Payot.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte* (1984^e éd., Vol. 1). Paris : Puf.
- Bronckart, J.-P. (1991). *Représentation*. Paris : Puf.
- Brusset, B. (2003). Honte primaire ou honte traumatique? In J. Angelergues & V. Souffir (Eds.), *Rev. fr. psychanal. (Paris)* (Vol. 67, pp. 1777–1780). Presses universitaires de France, Paris.

- Brusset, B. (2006). Métapsychologie des liens et troisième topique. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1213–1282. doi: 10.3917/rfp.705.1213
- Brusset, B. (2013). *Au-delà de la névrose*. Paris : Dunod.
- Bur, V. (1996). Le déroulement de la nouvelle grossesse. In *Mort subite du nourrisson : un deuil impossible ?* Paris : PUF.
- Bydlowski, M. (1985). La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (6^e éd., Vol. 3, pp. 1881–1891). Paris : Puf.
- Bydlowski, M. (1998). *La dette de vie*. Paris : Puf.
- Bydlowski, M. (2011). Le deuil infini des maternités sans objet. *Topique*, 116(3), 7. doi: 10.3917/top.116.0007
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, 63(3), 30. doi: 10.3917/lcp.063.0030
- Cain, A., Erickson, M., Fast, I., & Vaughan, A. (1964). Children's disturbed reactions to their mother's miscarriage. *Psychosom Med*(26), 58–66.
- Chabert, C. (2003). *Le féminin mélancolique*. Paris : Puf.
- Chabert, C. (2008). La cruelle contrainte au bonheur. *Libres cahiers pour la psychanalyse*(18), 83–100.
- Chabert, C. (2009). Il était une fois... In *Désirs d'enfant* (pp. 15–29). Presses Universitaires de France.
- Chan, A. (2011, octobre). *Décès et deuil périnatal* (Rapport technique). Institut national de santé publique Québec.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1970). La culpabilité féminine. In *La sexualité féminine* (pp. 143–202). Paris : Payot.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *L'idéal du Moi, Essai psychanalytique sur la "maladie d'Idéalité"*. France : Tchou.
- Ciccone, A. (1999). *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. (2014). L'observation Clinique en recherche périnatale : intérêts, exigences, limites. In *Recherches en périnatalité*. Paris : Puf.
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2004). Réalité traumatique et travail de la honte. In *La réalité psychique, psychanalyse, réel et trauma*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod.

- Ciccione, A., & Ferrant, A. (2012). Emboîtements d'affects dans les contextes de handicap. In *Honte et culpabilité dans la clinique du handicap* (pp. 19–35). Toulouse : Érès éd.
- Clerget, S. (2007). *Quel âge aurait-il aujourd'hui ? Le tabou des grossesses interrompues*. Paris : Fayard.
- Cohen-Solal, H. (2016, janvier). "La révolte de Lilith" in *La violence dans la bible, cours n° 2 :12*.
- Cosnier, J. (1995). Le Surmoi de la femme. In *Surmoi II. Les développements post-freudiens*. Paris : Puf.
- Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(5), 623–629.
- Cote-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res*(56), 108–116.
- Cote-Arsenault, D., & Dombeck, M.-T. (2001). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss : relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care Women Int*, 22(7), 649–665.
- Cote-Arsenault, D., & Marshall, R. (2000, décembre). One foot in-one foot out : weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing & Health*, 23(6), 473–485. doi: 10.1002/1098-240X(200012)23 :6<473 : :AID-NUR6>3.0.CO ;2-I
- Courvoisier, A., & Passini, W. (1983). Dimensions psychosexuelles de l'échographie obstétricales. In *Sexualité et gynécologie psychosomatique* (Vol. II). Paris : Masson.
- Cuisinier, M., Janssen, H., De Graauw, C., Bakker, S., & Hoogduin, C. (1996). Pregnancy following miscarriage : course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17(3), 168–174.
- David, D. (1997). Anomalies foetales, deuil et représentations psychiques. In *Mourir avant de n'être ?* (pp. 83–88). Paris : Odile Jacob.
- David, D., Tournaire, M., & Soulé, M. (1995). Le diagnostic prénatal et ses conséquences psychologiques. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2ème éd., Vol. 3, pp. 1869–1880). Paris : Puf.
- Davis, D.-L., Stewart, M., & Harmon, R.-J. (1988). Perinatal loss : providing emotional support for bereaved parents. *Birth*, 15(4), 242–246.
- de Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris : Points.
- de Gaulejac, V., Consoli, S., & Harrus Rividi, G. (2012). Interview de Vincent de Gaulejac. La honte dans la peau. *Champ psy*, 62(2), 9. doi: 10.3917/cpsy.062.0009
- De Wailly, D. (2015). *La grossesse suivant une interruption médicale de grossesse : quelles traces du deuil prénatal dans le lien à l'enfant suivant ? : de la préoccupation maternelle mélancolique à la préoccupation maternelle primaire* (Thèse de doctorat non publiée). Université Paris-Descartes, Paris.

- DeBackere, K. J., Hill, P. D., & Kavanaugh, K. L. (2008). The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(5), 525–537. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00275.x
- Dejours, C. (2003). *Le corps d'abord*. Paris : Payot.
- Denis, P. (1997). *Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsion*. Paris : Puf.
- Denis, P. (1998). Nostalgie, entre deuil et dépression. In *Le deuil*. Paris : Puf.
- Denis, P. (2012). *Le narcissisme*. Paris : Puf.
- Descamps, M.-A. (2002). Lilith ou la permanence d'un mythe. *Imaginaire et Inconscient*, 3(7), 77–86. doi: 10.3917/imin.007.0077
- Dessuant, P. (1983). *Le narcissisme*. Paris : Puf.
- Deutsch, H. (1924). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris : Puf (1994).
- Dolto, F. (1984). *L'Image Inconsciente du Corps*. Paris : Seuil.
- Dorey, R. (1992). Le désir d'emprise. *Revue Française de Psychanalyse*, 5(56), 1423–1432.
- Doron, & Parot. (1991). *Dictionnaire de psychologie*.
- Dumoulin, M. (2003). Le deuil de l'enfant de la grossesse. In *Le bébé en diagnostic prénatal* (pp. 47–81). Ramonville Saint Agne : Erès.
- Eribon, D. (2009). *Retour à Reims*. Paris : Fayard.
- Ernaux, A. (1983). *La place*. Paris : Gallimard.
- Ernaux, A. (1997). *La honte*. Paris : Gallimard.
- Ernaux, A. (2000). *L'évènement*. Paris : Gallimard.
- Ernaux, A. (2011). *L'autre fille*. Paris : NiL éditions.
- Fairbairn, W. (1998). Les relations d'objet et la structure dynamique. In *Etudes psychanalytiques de la personnalité* (pp. 147–162). Paris : Editions du monde interne.
- Ferrant, A. (2001). *Pulsion et liens d'emprise*. Paris : Dunod.
- Ferrant, A. (2003). La honte et l'emprise. In J. Angelergues & V. Souffir (Eds.), *Rev. fr. psychanal. (Paris)* (Vol. 67, pp. 1781–1787). Puf.
- Ferrant, A. (2004). Le regard, la honte et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(43), 145–158.
- Forrest, G. C., Standish, E., & Baum, J. D. (1982). Support after perinatal death : a study of support and counselling after perinatal bereavement. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 285(6353), 1475–1479.

- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975, juin). Ghosts in the Nursery. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387–421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
- Franche, R.-L. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), 597–602.
- Frejaville, A. (1995). Le Surmoi dans les textes psychanalytiques anglais et américains : bref aperçu de textes publiés entre 1954 et 1992. In *Surmoi II, Les développements post-freudiens*. Paris : Puf.
- Freud, S. (1900). L'interprétation du rêve. In *OCP* (Vol. IV). Paris : Puf.
- Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. In *OCP* (Vol. VI, pp. 59–183). Paris : Puf.
- Freud, S. (1909). Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. In *OCP* (Vol. X, pp. 79–164). Paris : Puf.
- Freud, S. (1911a). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. In *OCP* (Vol. XI, pp. 11–22). Paris : Puf.
- Freud, S. (1911b). *Le président Schreber* (3^e éd.). Paris : Puf.
- Freud, S. (1913). Totem et Tabou. In *OCP* (2009^e éd., Vol. XI, pp. 189–385). Paris : Puf.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *OCP* (Vol. XII, pp. 213–245). Paris : Puf.
- Freud, S. (1915a). Deuil et Mélancolie. In *OCP* (Vol. XIII, pp. 261–280). Paris : Puf.
- Freud, S. (1915b). Pulsions et destin des pulsions. In *OCP* (Vol. XIII, pp. 163–185). Paris : Puf.
- Freud, S. (1915c). Sur la guerre et la mort. In *OCP* (Vol. XIII, pp. 125–155). Paris : Puf.
- Freud, S. (1919). L'inquiétant. In *OCP* (Vol. XV, pp. 147–188). Paris : Puf.
- Freud, S. (1920). Introduction à "Sur la psychanalyse des névroses de guerre". In *OCP* (Vol. XV, pp. 217–223). Paris : Puf.
- Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. In *OCP* (Vol. XVI, pp. 1–84). Paris : Puf.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. In *OCP* (3^e éd., Vol. XVI, pp. 255–301). Paris : Puf.
- Freud, S. (1924). La disparition du complexe d'Œdipe. In *OCP* (Vol. XVII, pp. 25–34). Paris : Puf.
- Freud, S. (1925). La négation. In *Résultats, idées, problèmes* (Vol. II, pp. 135–139). Paris : Puf.

- Freud, S. (1930). Malaise dans la culture. In *OCP* (Vol. XVIII, pp. 245–334). Paris : Puf.
- Freud, S. (1931). De la sexualité féminine. In *OCP* (Vol. XIX, pp. 7–28). Paris : Puf.
- Freud, S. (1932). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, XXXIII^e leçon "la féminité". In *OCP* (Vol. XIX, pp. 195–220). Paris : Puf.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris : Gallimard (1984).
- Gallois, T. (2009). *Influence des états émotionnels durant la grossesse sur les représentations maternelles et l'attachement prénatal* (Psychologie). Université Paris-Descartes, Paris.
- Garland, C. (1998). Le travail de la Tavistock Clinic. *Revue Française de Psychanalyse*, 62(1), 243–247.
- Girard, M., & Kapsambelis, V. (2014). ARGUMENT : CENT ANS DE NARCISSISME. *Revue française de psychanalyse*, 78(1), 7.
- Goldberg, J. (1985). *La culpabilité, axiome de la psychanalyse*. Paris : Puf.
- Golse, B. (2002). À propos des interruptions de grossesse deuil (du fœtus) ou mélancolie. *Le Carnet PSY*, 73(5), 24. doi: 10.3917/lcp.073.0024
- Gourand, L., Missonnier, S., & Soubieux, M.-J. (2011). Confirmations et surprises d'une décennie échographique. In *L'échographie de la grossesse, promesses et vertiges* (pp. 15–35). Toulouse : Érès éd.
- Green, A. (1976). Un Autre, Neutre : Valeurs narcissiques du Même. In *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*. Paris : Les Editions de minuit.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Les Editions de minuit (2007).
- Green, A. (1993). Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante. In *Le travail du négatif*. Paris : Les éditions de Minuit.
- Green, A. (2005). Vingt ans après Narcisse Janus. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 11(1), 131. doi: 10.3917/lcpp.011.0131
- Grunberger, B. (1965). Le narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*, 19(5-6).
- Grunberger, B. (1971). *Le narcissisme essais de psychanalyse*. Paris : Payot.
- Guillaumin, J. (1973). Honte, culpabilité et dépression. *Revue française de psychanalyse*, 5-6(XXXVII), 707–1199.
- Hanus, M. (1982). Objet de remplacement, enfant de remplacement. *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 1133–1147.

- Hartmann, H. (1950). Théorie psychanalytique du Moi. *The Psychoanalytic study of the Child*, *V*, 74–96.
- Hartmann, H., & Loewenstein. (1964). Notes sur le Surmoi. *Revue Française de Psychanalyse*(28), 639–678.
- Houzel, D. (2003). Editorial. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*(33).
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth : a cohort study. *The Lancet*, *360*(9327), 114–118.
- Hughes, P. M., Turton, P., & Evans, C. D. (1999, juin). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy : cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, *318*(7200), 1721–1724.
- Hunfeld, J. A. M., Taselaar-Kloos, A. K. G., Agterberg, G., Wladimiroff, J. W., & Paschier, J. (1997). Trait Anxiety, Negative Emotions, and the Mothers' Adaptation to an infant born subsequent to late Pregnancy Loss : a Case–Control Study. *Prenatal Diagnosis*, *17*(9), 843–851. doi: 10.1002/(SICI)1097-0223(199709)17 :9<843 : :AID-PD147>3.0.CO ;2-Q
- Janin, C. (2003). Pour une théorie psychanalytique de la honte (honte originaire, honte des origines, origines de la honte). *Revue Française de Psychanalyse*, *67*, 1657–1742.
- Jensen, J.-S., & Zahourek, R. (1972). Depression in mothers who have lost a newborn. *Rocky Mountain medical journal*, *71*, 61–63.
- Jones, E. (1927). Early development of female sexuality. In *Théorie et pratique de la Psychanalyse* (pp. 399–410). Paris : Payot (1997).
- Jurgens, M., Levy-Rueff, M., Goffinet, F., Golse, B., & Beauquier-Macotta, B. (2010). Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. Version française de la Prenatal Attachment Inventory (PAI, Müller, 1993). *L'Encéphale*, *36*(3), 219–225. doi: 10.1016/j.encep.2009.06.006
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris : Dunot.
- Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe* (2002^e éd.). Paris : Puf.
- Kestenberg, J. (1956). on the development of maternal feelings in early childhood : observations and reflections. *Psychoanal. Study Child*(11), 257–291.
- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot.
- Koch, B. J., Bendicson, H. K., & Palombo, J. (2009). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories*. New York, NY : Springer New York.
- Korff-Sausse, S. (2009). *Eloge des pères*. Paris : Hachette-Littérature.

- Korff-Sausse, S. (2012). Eloge de la honte à partir de l'œuvre de Jean Rustin. In *Honte et Culpabilité dans la Clinique du Handicap* (pp. 67–87). Toulouse : Érès éd.
- Kurts, N., & Mijolla, A. (2005). *Objet*. Hachette.
- Lagache, D. (1956). Deuil pathologiques. In *Agressivité, structure de la personnalité et autres travaux*. Paris : Puf (1982).
- Lagache, D. (1995). Sur la structure du Surmoi. In *Surmoi II. Les développements post-freudiens*. Paris : Puf.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967a). *Moi* (5^e éd.). Paris : Puf.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967b). *Objet* (5^e éd.). Paris : Puf.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967c). *Pulsions du moi* (5^e éd.). Paris : Puf.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967d). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : puf.
- LaRoche, C., Lalinec-Michaud, M., Engelsmann, F., Fuller, N., Copp, M., & Vasilevsky, K. (1982, mai). Grief reactions to perinatal death : an exploratory study. *Psychosomatics*, 23(5), 510–511, 514, 516–518. doi: 10.1016/S0033-3182(82)73383-3
- Lawson, K., & Turriff-Jonasson, S. (2006). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *J Psychosom Res*(60), 371–378.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, le mère et le psychanalyste*. paris : Le Centurion.
- Lebovici, S. (1995). Quelques notes sur la genèse et l'évolution du Surmoi. In *Surmoi II. Les développements post-freudiens* (pp. 113–134). Paris : Puf.
- Lebovici, S. (1998). *L'arbre de vie ; éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Leon, I. G. (1995). Pregnancy termination due to fetal anomaly : clinical considerations. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 112–126.
- Leon, I. G. (1996a). Conceptualisation psychanalytique de la perte d'un enfant en période périnatale, un modèle multidimensionnel. *Devenir*, 1(1), 9–26.
- Leon, I. G. (1996b). The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss : A multidimensional model. *Psychoanalytic Psychology*, 13(2), 161–176.
- Lin, S.-X., & Lasker, J.-N. (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 262–271.
- Memmi, D. (2011). *La seconde vie des bébés morts* (N° 16). Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Meriot, M.-E., Shulz, J., Soubieux, M.-J., Missonnier, S., & Beauquier-Maccotta, B. (2014, juin). La grossesse suivant une perte prénatale. *Revue de médecine périnatale*, 6(2), 81–89. doi: 10.1007/s12611-014-0285-5

- Missonnier, S. (1998). L'échographie obstétricale : un lieu de prévention précoce des avatars de la parentalité? In *Psychiatrie périnatale*. Paris : Puf.
- Missonnier, S. (2004). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp. 119–144). Puf.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain : la diagonale du virtuel*. Paris : Puf.
- Missonnier, S. (2011a). Introduction aux connaissances de la psychologie clinique fœtale. *EMC - Psychiatrie*, 8(2), 1–9. doi: 10.1016/S0246-1072(11)50868-5
- Missonnier, S. (2011b). L'échographie obstétricale : un rituel séculier d'initiation à la parentalité? In *L'échographie de la grossesse* (pp. 159–188). Toulouse : Erès.
- Missonnier, S. (2014). L'impasse intégrative ou du "complémentarisme" entr neurosciences et psychopathologie psychanalytique périnatale. In *Recherches en périnatalité* (pp. 35–46). Paris : Puf.
- Missonnier, S., Golse, B., & Soulé, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Puf.
- Mouquet, M., & Rey, S. (2015). Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France. *Bull Epidemiol Hebd.*, 24(6-7), 92.
- Murray, J. M. (1964). Narcissism and the ego ideal. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 12(3), 477–511.
- Neau, C. (2009). Narcissisme et perversion, hitsoire et psychopathologie. In *Traité de psychopathologie de l'adulte* (pp. 5–116). Paris : Dunod.
- Neyraut, M. (1997). *Les raisons de l'irrationnel* (1re éd éd.). Paris : Puf.
- Nezelof, S. (2005). *Deuil anténatal, une clinique du chagrin maternel. Etude Prospective comparée des troubles psychiques après interruption médicale de grossesse et après arrêt spontanée de la grossesse*. (Thèse de doctorat non publiée). Université de Franche-Comté Science de la Vie et de la Santé, Besançon.
- Nezelof, S. (2009). Le bébé conçu après une grossesse traumatique : entre répétition et renouveau. In *Lorsque la parentalité paraît* (pp. 189–195). Paris : Puf.
- Nezelof, S., Ropers, G., & Duquet, A. (2006). Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi? À qui? Et pourquoi? *Enfances & Psy*, 30(1), 20. doi: 10.3917/ep.030.0020
- Nunberg, H. (1932). *Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage* (Trad.fr, Principes de psychanalyse éd.). Paris : Puf (1957).
- O'Leary, J. (2004, février). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 7–18. doi: 10.1007/s00737-003-0037-1

- Parat, H. (2010). Hélène Deutsch, pionnière du féminin. *Revue Française de Psychanalyse*, 74(3), 807–824.
- Pedinielli, J.-L., & Rouan, G. (1998). L'entretien de recherche. In *L'entretien clinique*. Paris : In press éditions.
- Piers, G., & Singer, M. B. (1953). *Shame and Guilt : A Psychoanalytic and a Cultural Study*. Thomas.
- Pines, D. (1972, décembre). Pregnancy and motherhood : interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333–343. doi: 10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x
- Pines, D. (1996, juillet). Pregnancy, miscarriage and abortion : A psychoanalytic perspective. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 16, S22.
- Pontalis, J.-B. (1977). *Entre le rêve et la douleur*. Paris : Gallimard.
- Porot, M. (1993). *L'enfant de remplacement*. Paris : Ed.Frison-Roche.
- Racamier, P.-C. (1979). La maternalité psychotique. In *De la psychanalyse en psychiatrie, Etudes psychopathologiques* (pp. 193–242). Paris : Payot.
- Reid, W. (2006). De l'ensemble individu/environnement à la troisième topique : la pulsion, le narcissisme, l'emprise et la relation d'objet. *Revue Française de Psychanalyse*(5).
- Rosenfeld, H. (1971). A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts : an Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 52(2), 169–178.
- Roussillon, R. (2004). La pulsion et l'intersubjectivité. *Adolescence*, 50(4), 735. doi: 10.3917/ado.050.0735
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entre je(u)*. Paris : Puf.
- Rowe, J., Clyman, R., Green, C., Mikkelsen, C., Haight, J., & Ataide, L. (1978, août). Follow-up of Families Who Experience a Perinatal Death. *Pediatrics*, 62(2), 166.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique*. Paris : Gallimard.
- Scelles, R. (2004). Réflexions autour du double fraternel. *Imaginaire et Inconscient*, 2, 71–82.
- Scelles, R. (2012). Honte et handicap : regards croisés des enfants et des professionnels. In *Honte et culpabilité dans la clinique du handicap* (pp. 141–155). Toulouse : Eres.
- Scheidt, C. E., Kunze, M., Wangler, J., Klar, M., Waller, N., & Hasenburg, A. (2008, décembre). Psychological consequences of perinatal loss in subsequent pregnancies-a comparative study. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(12), 475–478. doi: 10.1055/s-2008-1067537

- Seabra Diniz, J. (2006). Discussion du rapport de Bernard Brusset. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1283–1288. doi: 10.3917/rfp.705.1283
- Shulz, J., & Soubieux, M.-J. (2016). *Shame in prenatal grief, from a conceptual approach to working out through therapeutic groups* [Symposium]. 15th World Congress of the WAIMH, Prague.
- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000, juillet). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59(1), 13–25.
- Sirol, F. (2001). Quelle haine pour le fœtus? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 14(6), 347–350.
- Sirol, F. (2003). ... et la haine alors? *Spirale*, 28(4), 155–164.
- Sirol, F. (2004). On bat un fœtus, existe-t-il des grossesses maltraitantes. In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Puf.
- Smadja, C. (2004). La dépression inachevée. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(4), 1239–1252.
- Soubieux, M.-J. (2008). *Le berceau vide : Deuil périnatal et travail du psychanalyste*. Ramonville-Saint-Agne France : Erès.
- Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide : Deuil périnatal et travail du psychanalyste*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Soubieux, M.-J., & Caillaud, I. (2014). Le groupe thérapeutique des mères endeuillées. *Revue de médecine périnatale*, 6(2), 110–115. doi: 10.1007/s12611-014-0282-8
- Soubieux, M.-J., & Soulé, M. (2005). *La psychiatrie foetale*. Paris : Puf.
- Soulé, M. (1985). L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête. In *Objectif bébé* (pp. 57–72). Paris : Autrement.
- Squires, C. (1999). *La grossesse à l'ombre de l'enfant des limbes* (Thèse de doctorat non publiée). Diderot, Paris.
- Squires, C. (2002). Les psychothérapies périnatales lors d'une mort in utero. In *Des mères et leurs nouveau-nés* (pp. 57–68). Paris : ESF.
- Squires, C. (2004). L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante. *Cliniques méditerranéennes*, 69(1), 269–288. doi: 10.3917/cm.069.0269
- Stoleru, S., Moralès, M., & Grinshpoun, M.-F. (1985). De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson -Psychiatrie de l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, XXVIII(2), 441–484.
- Tisseron, S. (1992). *La Honte : Psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod.

- Tisseron, S. (2012). De la honte du handicap à la honte face au handicapé, ou Je ne voudrais pas être à sa place. In *Honte et Culpabilité dans la Clinique du Handicap* (p. 37). Paris : Erès.
- Tisseron, S. (2014). Du virtuel psychique et de ses aléas : Hikikomori et relation d'objet virtuelle. *psychologie clinique*(37), 13–24. doi: 10.1051/psyc/201437013
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*(4), 309–428.
- Tsatsara, E., & Johnson, M. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy : an exploratory follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynecol*(27), 173–82.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6), 556–560.
- Vlachopoulou, X., & Missonnier, S. (2015). *Psychologie des écrans*. Paris : Puf.
- Vogel, H. P., & Knox, E. G. (1975, avril). Reproductive Patterns after Stillbirth and Early Infant Death. *Journal of Biosocial Science*, 7(02), 103–111. doi: 10.1017/S0021932000000274
- Vuailat, S. (2003). Les relations précoces entre la mère et l'enfant : la théorie de la relation d'objet selon Fairbairn. *Devenir*, 15(3), 289–299. doi: 10.3917/dev.033.0289
- Widlöcher, D. (2008). L'objet : entre le lieu et la figure. *Annuel de l'APF*(1), 45–63.
- Winnicott, D. (1956, 1969). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168–174). Paris : Payot.
- Winnicott, D. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (p. 237 à 256). Paris : Payot.
- Winnicott, D. (1962). Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In *Processus de maturation chez l'enfant* (pp. 9–18). Paris : Payot.
- Winnicott, D. (1969). Humans Relations. *Physiotherapy*(55).
- Wolff, J., Nelson, P., & Schiller, P. (1970). The Emotional Reaction to Stillbirth. *American Journal of Obstetric and Gynecology*(108), 73–76.
- Yorke, C., & Hacker, A.-L. (2014). «Pour introduire le narcissisme» : une lecture pédagogique. *Revue française de psychanalyse*, 78(1), 44–60.
- Zeanah, C., Keener, M., & Anders, T. (1986). Adolescent mother's prenatal fantasies and working models of their infants. *Psychiatry*, 49, 193–203.

Entre honte et culpabilité, méandres de la maternalité chez la femme enceinte après une interruption médicale de grossesse

Résumé

La recherche explore les traces et remaniements du deuil prénatal au cours d'une grossesse suivant une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) pour raison fœtale. Le statut du fœtus/bébé y est triplement complexe : entre humain et non humain sur le plan légal ; objet perceptible mais non directement visible dans la réalité matérielle ; à la fois prolongement narcissique et objet interne – partiel et potentiellement total dans la réalité psychique. Cet extrême paradoxe constitue un défi majeur du travail du deuil prénatal. Selon le contexte culturel et les choix singuliers, maternels et paternels, face à ces possibles, les pratiques autour de sa mort seront différentes et aboutiront à des processus de deuil contrastés. Dans le cas particulier d'une IMG, l'expérience clinique nous invite à envisager deux aspects fondamentaux. D'un côté, la décision prise par la mère avec le choix qui s'impose à elle d'interrompre ou non la grossesse – et par là la vie du fœtus/bébé – interroge d'emblée ses *vivances* de culpabilité. De l'autre, être enceinte d'un fœtus porteur d'une pathologie grave représente pour la femme une blessure narcissique renvoyant au concept de honte. Dans leur articulation avec les processus narcissiques et objectaux, la honte et la culpabilité sont des prismes pertinents pour étudier les spécificités d'une grossesse suivant une IMG au cours de laquelle les liens entre objets internes, objets externes, sujet et groupe sont mis en exergue. **Méthodologie** : cette recherche qualitative se réfère à une méthodologie hypothético-déductive et s'inscrit dans un référentiel psychanalytique. La population est constituée de 11 femmes (primipares et multipares) enceintes après avoir vécu une IMG pour raison fœtale après 15 Semaines d'Aménorrhée (SA). Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de ces femmes aux trois trimestres de la grossesse. Elles ont également rempli des auto-questionnaires à chaque temps de la recherche (PAI, PGS, EPDS, STAI, DAS, PCLS). L'analyse des entretiens, audio-enregistrés, croise une observation approfondie de chaque cas avec une analyse de contenu thématique, prenant en compte le vécu subjectif de chaque femme. **Résultats** : les résultats mettent en avant une réactualisation de l'élaboration du processus de deuil au cours de la grossesse suivante. La honte se manifeste chez ces femmes par des vécus de dévoilement et d'exclusion, un sentiment de perte de contrôle et un vécu d'échec et d'indignité. L'élaboration des vivances de honte est un bon marqueur de la possible résolution des dimensions narcissiques et développementales du processus de deuil. La culpabilité est très présente, en lien avec la pathologie fœtale, la décision d'interrompre la grossesse et vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle. Dans ce contexte, la honte et la culpabilité sont à comprendre comme les deux pôles d'un gradient continu. Sur le terrain périnatal, l'articulation sémiologique et psychopathologique de la dialectisation entre honte et culpabilité lors d'une grossesse suivant une IMG, permet de donner des repères cliniquement organisateurs dans le cadre d'une prévention transdisciplinaire médico-psycho-sociale des troubles de la parentalité et des dysharmonies relationnelles précoces.