

# Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale

Une grossesse donnant lieu à la naissance d'un bébé sans vie se situe au croisement de la clinique périnatale et de celle d'un deuil particulier auquel les soignants sont de plus en plus sensibilisés. Il est en revanche plus difficile de penser que la grossesse suivante, celle où la vie est supposée reprendre ses droits, est aussi entremêlée de la perte qui lui a précédé, enchevêtrée avec le processus de deuil. « *Ça me surprend. Cette façon de vivre cette grossesse. C'est très différent des deux premières* » nous dira une femme ayant déjà deux enfants vivants et alors enceinte après avoir vécu une IMG. En consultation, les soignants font alors face à des problématiques moins habituelles et très mobilisatrices. La tentation d'escamoter le drame antérieur est grande et trop souvent mise en acte dans les maternités. Et pourtant la perte est bel et bien présente dans cette nouvelle grossesse, dans le psychisme de la mère mais aussi dans son corps, marqué à jamais d'avoir porté la mort en son sein. La réactivation du processus de deuil à l'occasion d'une nouvelle gestation crée des mouvements psychiques inhabituels chez la femme. Les deux grossesses se mélangent, et en émerge un sentiment de confusion, « *lors des consultations, la tristesse, le manque d'élation contrastent avec les grossesses habituelles* » (Squires, 2004, p. 276). Cette grossesse, tout autant, si ce n'est plus que la précédente, confronte les parents, mais aussi les soignants du périnatal, au tomber du voile de la naïveté et de la joie habituellement inhérente au fait de porter et de donner la vie.

Face à cette perte des repères, les soignants, tant psychistes que somaticiens, peuvent mettre en place des mécanismes de défense lézant ainsi un accompagnement contenant des familles. La compréhension des spécificités de cette grossesse suivante est donc primordiale pour tous les acteurs amenés à accompagner ces femmes et ces hommes, ainsi que l'enfant à venir. Nous aborderons ici de manière plus précise les grossesses qui suivent une IMG<sup>1</sup>, cependant, au regard de la clinique, il nous semble que malgré certaines spécificités, les enjeux et les problématiques sont très proches des grossesses faisant suite à une *Mort Fœtale In Utero* (MFIU). Il apparaît que certaines problématiques sont mises en exergue et donc plus visibles du fait de l'IMG, mais sont également présentes lors des MFIU.

## 1 - Une grossesse au décours d'une perte prénatale

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 : « *j'ai arrêté quand même ma plaquette, j'ai pas renouvelé un mois. Alors que mon discours c'était non je n'en veux pas* ». A l'inverse une autre voulait être enceinte le plus vite possible et presque un an s'est écoulé avant qu'une grossesse ne démarre. 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, Tournaire, & Soulé, 1995, p. 1877). Selon Lewis (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. Bowlby (1978) décrit une diminution importante du deuil et des affects négatifs qui lui sont reliés au bout d'un an suivant la perte, et considère qu'une nouvelle grossesse ne devrait démarrer avant la résolution du deuil, au risque d'accroître le risque de dépression (Hughes, Turton, & Evans, 1999). 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). 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. Scheidt (Scheidt *et al.*, 2008) a réalisé plus récemment une étude qui montrait une réactualisation du deuil durant une nouvelle grossesse pour un tiers des femmes de l'échantillon. Jensen et Zahourek (1972) considèrent la grossesse suivante comme un indice de résolution du deuil.

Il apparaît donc que les études qui portent sur le « bon délai » entre la perte et la nouvelle grossesse, ainsi que sur les effets d'une nouvelle grossesse sur le processus de deuil sont contradictoires. Les différences méthodologiques peuvent en partie expliquer l'hétérogénéité des résultats inters études, mais il apparaît aussi et surtout que pour chaque femme le processus de deuil et la relation avec l'enfant à naître variera en fonction de son vécu et de son histoire. 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). Il semble unanime que le deuil est souvent réactivé au cours de la grossesse suivante. Ce qui est moins commun et qui est proposé par Marie-José Soubieux, est l'idée que la réactivation du deuil ne soit pas problématique, mais que la grossesse enclenche un processus créatif permettant de poursuivre l'élaboration du deuil. D'autres auteurs (Bur V., 1996 ; Nezelof, 2005) ont également noté les aspects réorganisateurs de la nouvelle grossesse : « La grossesse apporte un espoir et lutte contre l'immobilisme psychique » (Soubieux, 2008). Un deuil figé pourra donc être réactivé puis élaboré au cours d'une grossesse. Il semble donc particulièrement important d'aider les femmes à accorder à chaque enfant, celui qui est décédé et celui de la grossesse en cours, une place dans sa psyché et dans son discours.

## **2 - Vécu de la grossesse**

### **Traces dans le corps**

Les sensations corporelles au cours de la grossesse prennent un sens différent pouvant être empreintes de l'idée terrifiante d'avoir porté la mort dans son propre corps et d'en garder encore les stigmates. Dans de rares cas, les sensations corporelles seront amplifiées, comme une preuve de la vie possible de ce nouveau fœtus. L'écoute des vécus corporels permet souvent d'entendre en arrière plan un vécu psychique innommable ou même impensable.

Les complications obstétricales de ces grossesses sont plus fréquentes, particulièrement les contractions utérines et les menaces d'accouchement prématuré (Squires, 1999) pouvant parfois traduire corporellement l'idée de ne pas être suffisamment contenante ou d'être toxique pour l'enfant à venir.

### **Vécu psychique**

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 et pour d'autres encore la surprise vient parler de ce vécu paradoxal.

### **Angoisse et affects dépressifs**

Une grossesse après un décès périnatal est plus à risque de symptômes dépressifs et anxieux intenses qu'une grossesse sans antécédents (DeBackere, Hill, & Kavanaugh, 2008). Les couples, primipares ou multipares, ne se sentent plus capables de mettre au monde un enfant bien portant

« *je me suis dit que j'y arriverai pas. J'avais une vision très négative de moi-même* ». Ils ont peur de décevoir leurs familles une nouvelle fois et leur sentiment d'estime de soi est perturbé « *Je croyais que j'avais tout perdu, que j'avais perdu ma force de caractère, ma ténacité...* ». Les affects de tristesse sont également très marqués. Cet état affectif marque la spécificité du deuil prénatal avec tout son potentiel mélancolique qui peut

parfois être évité en aidant les femmes à objectaliser la perte et le bébé mort (Soubieux, 2008). Le vécu global de la grossesse est teinté par l'angoisse. Les couples se projettent peu dans le futur, de crainte de voir l'événement se reproduire. Les mouvements fœtaux ne sont pas source de rêverie mais marqueurs de la vitalité du fœtus : « *Quand il bouge ça me rassure, ça veut dire qu'il est vivant, si je ne le sens pas je panique* ». L'angoisse 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) « *Là on approche du terme où on a découvert le problème donc j'y pense beaucoup, j'angoisse énormément* ».

## **Honte et culpabilité**

Une recherche quantitative (Barr, 2004) a mis en lumière la part importante de la honte et de la culpabilité dans le deuil prénatal. Nous nous attachons actuellement à les étudier dans le cas de la grossesse qui suit une IMG<sup>2</sup>. La honte est ressentie lorsque « *Ce qui était appréhendé, et présenté aux autres, comme beau, noble, glorieux, est soudain révélé comme laid, infâme et dégradant* » (Guillaumin, 1973, p. 983). Dans le cas des IMG nous retrouvons très souvent des mères qui lorsqu'elles ont pris la décision d'interrompre la grossesse ne veulent plus montrer leur ventre : « *Je me cachais presque, je voulais pas qu'on voit que j'étais enceinte* ». Cela semble se poursuivre à la grossesse suivante où elles mettent longtemps à annoncer qu'elles sont enceintes : « *j'ai un peu du mal à l'annoncer en fait, à le dire (...) c'est comme si j'avais peur qu'on ne le voit pas* ». Ici le gros ventre, source de fierté, devient l'objet dégradant. Les questionnements autour du caché et du montré sont centraux dans la clinique de la honte : « *La honte est amplifiée par le fait d'être exposé au regard de l'autre, et pousse à éviter le regard* » (Ciccione & Ferrant, 2011, p. 20). Dans ce contexte la honte s'observe également au travers d'une baisse du sentiment de l'estime de soi circonscrit au maternel « *Je suis quand même plus vieille, je vois bien que je suis plus fatiguée, j'enchaîne les deux grossesses aussi (...) la confiance que je pouvais avoir avant dans mon corps n'est plus là même* » ; Et d'un sentiment de rejet ou d'isolement du groupe « *j'ai le sentiment de m'isoler, dans le sens où j'ai envie de voir personne. Ça me met mal à l'aise, j'ai pas envie de voir du monde* ».

Dans la culpabilité c'est la question de la faute qui est posée. Dans le cas des IMG, la culpabilité de l'acte en lui-même est présente, mais elle apparaît aussi dans les morts fœtales *in utero* (MFIU) avec une culpabilité autour de la mort du bébé, dans les pensées comme « *j'aurai dû me reposer comme l'avait dit le médecin* ». Nous remarquons aussi une forte culpabilité d'être de nouveau enceinte, vis-à-vis du bébé mort. L'annonce d'une bonne nouvelle concernant la grossesse en cours est souvent reçue avec beaucoup d'ambivalence du fait de cette culpabilité « *A chaque fois qu'on m'annonçait quelque chose de positif sur cette grossesse je crois que j'étais désespérée de pas avoir entendu ça pour la grossesse précédente, à chaque fois il y a une espèce de culpabilité de ressentir la vie, de ne pas avoir pu la sentir avant* ». En réaction à cela, les femmes peuvent se sentir coupable vis-à-vis du bébé de la grossesse actuelle parce qu'elles ne parviennent pas à l'investir comme elles le voudraient.

La culpabilité et la honte peuvent avoir un rôle à jouer dans l'élaboration d'un traumatisme, permettant la subjectivation de l'expérience pour l'un ou l'encapsulation pour l'autre (Ciccione & Ferrant, 2008). Néanmoins, lorsque l'un ou l'autre envahit le psychisme, ne laissant la place à aucun autre vécu psychique, peuvent apparaître des effets délétères, qui viendront alors bloquer la pensée.

Il apparaît que la question de la groupalité psychique est centrale dans le traitement de la honte et de la culpabilité. Nous avons retrouvé chez de nombreuses femmes la nécessité de s'inscrire dans un groupe de mères ayant vécu la même chose qu'elles, en se renseignant dans leur entourage, sur les forums ou en participant à des groupes de parole ou à des associations, elles cherchent à se sentir moins seules et comprises, mais ces groupes ont surtout un intérêt majeur dans la restauration de l'appareil psychique groupal, mis à mal par la honte.

### **3 - Vécu de la relation mère/fœtus-bébé**

Avec la nouvelle grossesse, c'est un autre bébé qui est à investir. Comment va se nouer le lien à cet enfant sur lequel plane « l'ombre de l'enfant non né » (Squires, 2004) ?

#### **Entre confusion et différenciation**

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). Les images de la rencontre avec le fœtus mort, en l'absence d'accompagnement de l'équipe soignante et d'élaboration psychique, peuvent rester figées dans la psyché parentale : « *Ce moment traumatique immobilise ainsi l'enfant narcissique du dedans et le met sous séquestre* » (Bydlowski, 2011, p. 13). Le bébé mort peut aussi être idéalisé, ne laissant que peu de chance au nouveau bébé de se construire. L'enjeu de l'accompagnement des soignants, comme nous l'avons vu sera de permettre une différenciation des bébés, donnant à la mère la possibilité d'accorder à chacun une place afin d'éviter les troubles identitaires qui ont pu être décrits par le passé.

#### **Du trop au pas assez, variations de l'investissement de l'enfant à venir**

L'investissement de la grossesse et de l'enfant sont souvent très ambivalents chez les femmes ayant un antécédent de perte prénatale. Elles réalisent tous les examens nécessaires, adoptent les comportements et les recommandations données par les soignants afin de donner les meilleures chances possibles à leur bébé et à elles-mêmes, mais simultanément, persiste dans leur esprit l'idée que la grossesse risque de ne pas aboutir (Cote-Arsenault & Marshall, 2000). Grossesse et enfant ne sont plus synonymes : « *Aujourd'hui pour nous, tomber enceinte ça ne veut pas dire avoir un bébé. On peut résumer comme ça* ». Nous retrouvons chez de nombreuses femmes, en accord avec la littérature sur ce sujet, des freins importants à l'investissement de la grossesse et du bébé à venir. 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 fœtus bougera et que certaines dates anniversaires seront passées. Pourtant, les mouvements du fœtus n'éveillent pas la même vie imaginaire que lors des grossesses habituelles. A l'inverse des résultats de la littérature, il est apparu pour certains couples et plus spécifiquement pour ceux n'ayant pas encore d'enfant vivant, que la première grossesse, malgré son issue tragique, les a fait accéder au statut de parents. Nous voyons alors des couples qui investissent beaucoup plus vite et plus fort le nouvel enfant : « *En fait, c'est vrai avec mon mari on éprouve beaucoup plus de joie à l'idée de devenir parents, par rapport à l'année dernière* ». L'écoute et l'accompagnement seront alors à penser dans un dégradé entre un investissement marqué de désir et un surinvestissement mis en place comme défense contre l'angoisse.

#### **Attachement prénatal au bébé à venir**

Pour mieux saisir quelle relation entre la mère et son 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 (in Jurgens *et.al.*, 2010). En 1996, Müller précise le concept, qu'elle définit comme la relation affective unique qui se développe entre la mère et son fœtus (Müller, 1996).

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 (Alhusen, 2008). Les représentations maternelles de l'enfant à venir et le degré d'attachement prénatal sont prédictives du comportement maternel après la naissance, de l'attachement maternel post-natal à l'enfant (Müller, 1996) et des interactions précoces mère enfant (Siddiqui & Hägglöf, 2000). Les résultats concernant l'évolution de l'attachement prénatal lors d'une grossesse qui suit une mort prénatale sont contradictoires. Des études ont montré que l'attachement prénatal est diminué lorsque la grossesse fait suite à un deuil prénatal (D. Armstrong & Hutti, 1998), et ce d'autant plus que l'anxiété de la mère est élevée (D. S. Armstrong, 2004). Il apparaît que la crainte d'oublier l'enfant mort, d'avoir l'impression de l'abandonner en investissant le nouveau bébé est un frein à l'accroissement de l'attachement prénatal (O'Leary, 2004).

## Conclusion

La grossesse qui suit une perte prénatale est une étape d'une grande complexité où vie et mort s'entrechoquent. De la décision de concevoir à nouveau, à la relation avec le bébé suivant, en passant par le vécu de la nouvelle grossesse et son intrication avec le processus de deuil, la femme doit emprunter un itinéraire hautement périlleux, au cours duquel l'accompagnement des soignants est d'une importance capitale. Or, actuellement, cet accompagnement fait encore souvent défaut, les équipes soignantes passant sous silence cette perte, de peur de ne réveiller des affects douloureux et d'une grande violence. Mais ces affects sont là et c'est bien avec eux que le travail psychique de la grossesse se fera.

Une prise en charge singulière doit donc être pensée. L'écoute attentive des soignants est particulièrement nécessaire lors des consultations obstétricales et des échographies, moments où la grossesse précédente peut venir faire irruption brutalement sous forme de reviviscence traumatique et être source d'une angoisse intense. De même il est souhaitable de proposer un accompagnement psychologique, espace de parole où progressivement la femme pourra mettre des mots sur les mouvements psychiques qui l'habitent et s'autoriser à investir, pour lui-même, le bébé à venir.

La périnatalité est au cœur des liens psyché soma et les soignants de maternité sont habitués à un travail interdisciplinaire. Au vu de tout ce qu'une grossesse suivant une perte prénatale mobilise, chaque membre de l'équipe a un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement des couples. Nous espérons avoir donné ici des pistes de compréhension permettant à chaque équipe de poursuivre plus avant et de manière dynamique leur réflexion et leur travail auprès de ces familles.

## Notes

1. « Vécu d'une grossesse et relation avec l'enfant après une IMG » Dr B.Beauquier-Macotta, Dr M-J. Soubieux, Pr S. Missonnier, Dr M-E. Meriot, D. De Wailly, J. Shulz. Recherche actuellement en cours à la maternité de Necker dans le service du Pr Y.Ville. Les discours de femmes sont extraits de nos entretiens.
2. Jessica Shulz, Thèse de doctorat en cours « Entre honte et culpabilité, la parentalité en (re)construction lors d'une grossesse suivant une IMG », Paris-Descartes, Laboratoire PCPP,

Sous la direction du Pr S. Missonnier.