

Le berceau vide



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetpsy.com

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

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

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

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

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige,
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse,
Sylvie Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Marie-José Soubieux

LE BERCEAU VIDE

Deuil périnatal et travail du psychanalyste

Préface de Fernand Daffos
Volte-face par Michel Soulé

« La vie de l'enfant »

The logo for Érès, featuring a stylized lowercase 'e' with a vertical line through it, followed by the word 'rès' in a bold, sans-serif font.

Extrait de la publication

Remerciements

Je tiens ici à remercier vivement Fernand Daffos qui m'a accueillie depuis douze ans à part entière dans son service. La qualité des échanges avec l'équipe et notamment au sein du staff pluridisciplinaire (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, psychiatres, psychanalystes, biologistes, puéricultrices, assistantes sociales...) a fait grandement avancer les positions de chacun. Elle est bénéfique pour tous, patients et soignants.

Je suis aussi très reconnaissante au Professeur Michel Soulé qui, avec son humour salvateur et sa passion, m'a fait découvrir ce nouveau champ de la périnatalité.

Mes pensées s'adressent particulièrement à tous ces parents qui m'ont fait confiance tout au long de leur cheminement. J'aimerais me faire, dans la mesure du possible, leur porte-parole sachant qu'aucun propos ne sera jamais à la hauteur de ce qu'ils endurent. Leurs paroles permettront sans doute aux autres parents de se reconnaître.

J'aimerais aussi remercier mes amis et ma famille qui ont su se montrer très présents dans cette aventure émouvante, parfois difficile. En particulier, j'adresse ma chaleureuse reconnaissance à Noëlle Favard, sa fidélité et nos échanges fructueux ont été d'un grand soutien tout au long de ce travail. Merci à Georges Georgoulis, Dimitri et Alexandra, Christine Arato, Annick Benoit, Hélène Chantemerle, Michel Juffé, Antonio Martinellie, Elisabeth Meunier, Véronique Mirless, Lucilla Sicouri, Gilles Sicouri.

Conception de la couverture
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1828-1
Première édition © Éditions érès, 2008
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE de Fernand Daffos	9
VOLTE-FACE par Michel Soulé	11
INTRODUCTION	13
 1. LA MORT PÉRINATALE	 17
<i>Le moment de l'annonce</i>	18
<i>Après l'annonce, l'attente</i>	20
<i>Après l'attente, l'IMG parfois</i>	22
La loi	22
Les éléments de la décision	23
<i>Mettre au monde un enfant mort</i>	24
L'accouchement quand il y a IMG	25
La présentation du fœtus	26
<i>Le retour à la maison</i>	28
<i>L'entourage</i>	30
<i>La douleur</i>	31
<i>La rage, la colère</i>	34
<i>La culpabilité</i>	36
<i>La honte</i>	39
<i>L'interruption volontaire de grossesse (IVG)</i>	40
 2. DEVENIR PARENTS	 43
<i>L'enfant imaginaire</i>	44
<i>Le désir d'enfant</i>	46
L'enfant narcissique de la mère	46
L'enfant, réparateur du narcissisme parental	47
<i>La dette de vie</i>	48

<i>La grossesse</i>	50
Du côté des mères	50
Du côté des pères	54
3. LE STATUT DE L'EMBRYON ET DU FŒTUS	57
<i>L'embryon aujourd'hui</i>	59
<i>Le fœtus, un être par la chair ou par la parole ?</i>	62
« Je ne sais pas faire de beaux enfants »	66
« Il marche, il a sa tête, c'est l'essentiel »	66
<i>Fœtus authentique ou fœtus tumoral</i>	67
<i>Le fœtus comme expérience de la chair</i>	68
<i>La mort du bébé à travers les âges et les cultures</i>	69
Le déni de la mort	70
Les pratiques selon les cultures et les croyances	71
4. LE DEUIL	75
<i>Les différents temps du deuil</i>	77
<i>Les mouvements psychiques du deuil</i>	80
<i>Le travail psychique du deuil</i>	82
5. UN DEUIL SINGULIER	85
<i>Le deuil périnatal est-il un deuil comme les autres ?</i>	85
<i>Le travail de la perte</i>	86
Le temps de la survie	86
Leur laisser leur place de parents	87
La singularité d'un deuil singulier :	
un jumeau vivant, un jumeau mort	88
Les différentes évolutions	94
Coexistence deuil et non deuil	107
6. LA QUESTION DES DIFFÉRENTES ÉVOLUTIONS	109
<i>Le deuil originaire</i>	109
<i>La position dépressive</i>	110
<i>Le rôle de l'environnement et la constitution de bons objets internes</i>	111
<i>La capacité à introjecter</i>	112
7. LE COUPLE, LES AÎNÉS, LES GRANDS-PARENTS	115
<i>Le couple</i>	115
<i>Les aînés</i>	117
Les réactions des enfants	118
Comment expliquer la mort du bébé aux aînés ?	120
<i>Les grands-parents</i>	122

8. LA GROSSESSE SUIVANTE	123
<i>La grossesse</i>	123
L'angoisse	124
La culpabilité	125
L'absence de rêverie maternelle	126
Les sensations corporelles	126
Les troubles somatiques	129
<i>L'accouchement</i>	130
<i>L'intrication de la nouvelle grossesse et du processus de deuil</i>	131
9. L'ENFANT NÉ APRÈS	135
<i>Un enfant de remplacement ?</i>	136
<i>Un enfant investi pour lui-même ?</i>	138
<i>Les relations précoces et les troubles chez l'enfant</i>	140
<i>Comment parler à cet enfant ?</i>	143
10. L'ÉQUIPE ET LES AUTRES AIDES	145
<i>L'équipe</i>	145
<i>Les autres aides</i>	150
11. LE TRAVAIL DU PSYCHANALYSTE	151
<i>La première rencontre</i>	152
<i>L'accueil</i>	152
<i>Le cadre</i>	153
<i>Le transfert</i>	156
<i>La question de l'interprétation</i>	159
<i>Penser le traumatisme</i>	162
<i>Se laisser affecter sans penser, puis penser ce qui affecte</i>	165
<i>Rêver et contenir</i>	169
<i>Être un objet malléable</i>	171
CONCLUSION	173
ANNEXES	175
<i>Annexe 1. Glossaire</i>	175
<i>Annexe 2. Les textes réglementaires</i>	176
BIBLIOGRAPHIE	179

À Anne Levallois

« Personne ne pourra me dire qui je suis, ni ne saura qui j'ai été.
Je suis descendu de la montagne ignorée vers la vallée que j'ignorerai toujours,
et mes pas n'ont été dans la lente chute du jour,
que des traces laissées dans les clairières de la forêt. »

Fernando Pessoa

PRÉFACE

Le berceau est le cœur de la périnatalité. Lorsqu'il est vide, c'est une part essentielle de l'existence qui vacille et peut faire s'effondrer à tout jamais.

J'ai immédiatement eu conscience, dès la création du service de médecine fœtale de l'Institut de puériculture en 1988, de la nécessité absolue de prendre en charge simultanément les aspects psychiques et somatiques des pathologies de cette nouvelle spécialité. J'ai donc naturellement fait appel à Michel Soulé qui était alors chef du service de guidance infantile dans le même hôpital. Mais la collaboration mit plusieurs mois à se mettre en place.

Il fallut d'abord que les psychiatres-psychanalystes acceptent de présenter publiquement une synthèse de leurs consultations, et ensuite, lorsque leur jargon était incompréhensible, de le traduire « en français ». Dans le même temps, il fallut que les somaticiens acceptent d'être observés et entendus de façon différente. Bref, que chacun, ayant confiance en lui-même, fasse confiance à l'autre.

Des vacations d'échographistes furent transformées en vacations de psychiatrie, et c'est au sein du staff pluridisciplinaire hebdomadaire que fusionnèrent les interfaces.

Très rapidement, deux éléments fondamentaux m'apparurent :

– l'approche psychanalytique de la médecine périnatale est indispensable. Mais elle doit toujours s'intégrer dans une démarche thérapeutique. En ce sens, il est évident qu'il n'est pas davantage possible de soigner le psychisme des patients sans connaître leur état somatique que l'inverse. Dans les services de médecine fœtale, la démarche du « psy » doit être celle du thérapeute ;

– de la même façon que les pédiatres écoutent, regardent ou touchent différemment les enfants qu'ils soignent, les pédopsychiatres ont eux aussi des compétences bien spécifiques. Ils sont les représentants de l'enfant. C'est l'enfant qui est au cœur de leurs consultations périnatales, même s'il n'est pas encore né, même s'il est déjà mort.

C'est dans ce contexte que Marie-José Soubieux prit en 1995 le relais de Michel Soulé comme pédopsychiatre-psychanalyste attachée dans le service de médecine fœtale. Avec deux autres collègues, elle s'occupa des patientes en deuil. En deuil d'enfant, en deuil d'espérance, en deuil de réassurance sur leurs capacités à faire normalement un enfant normal. Marie-José prit plus particulièrement en charge les patientes dont le berceau resterait vide (pour l'instant).

En contact quotidien avec les sages-femmes, les obstétriciens, les pédiatres, les généticiens, les échographistes, les fœto-pathologistes, sa force professionnelle s'amplifia et se répercuta en retour sur l'ensemble de l'équipe. Son rôle de soignant ne s'arrêta pas aux patientes mais s'étendit également aux autres soignants.

C'est une chance pour tous qu'elle ait eu la volonté de transmettre son expérience.

Ce livre est le témoignage de cette force acquise en commun autour de l'enfant à naître. Elle lui donne une densité et un impact exceptionnel.

Mais ce qui me ravit encore plus, et qui va j'en suis sûr ravir les lecteurs, c'est qu'il est écrit « en français ».

Fernand Daffos.
Chef du service de médecine fœtale *
de l'Institut de puériculture de Paris

* Jusqu'au 30 avril 2007.

VOLTE-FACE

Un service de médecine fœtale et de diagnostic anténatal a une vie dangereuse et court dès sa conception des risques graves. En effet, il y a le moment de sa création, la période de son fonctionnement et les risques de sa suppression. Bien entendu, sont invoqués et mis en avant des problèmes financiers, de prix de journée et de déficit budgétaire.

On ne prend pas globalement en compte toute son action préventive, qui s'exerce en amont dans la vie de la famille et des parents, mais aussi en aval dans la fratrie et chez les enfants à venir.

Cette prévention pourrait être calculée tant sur les plans affectif que financier et tout ceci devrait être porté à son crédit. Mais l'organisation de la suppression d'un tel service doit traduire sans doute le souhait d'effacer toutes les inquiétudes et les angoisses qui surgissent dès qu'on s'approche des aspects plus intimes de la dynamique d'un tel service et notamment la confrontation constante avec la mort, la mort d'un nouveau-né, la mort souhaitée, la mort donnée, la mort périnatale.

De même, l'organisation et la décision de sa fermeture apparaissent comme une tentative d'effacer les traces chez les survivants de cette mort réelle. On sait que les aînés éprouvent une ambivalence vivace à l'égard du contenu du ventre de leur mère enceinte, donc du fœtus rival mais surtout preuve de l'activité sexuelle parentale. Ils veulent toujours tuer tous les fœtus. Il en est sans doute de même pour ceux qui ont le pouvoir de créer de tels services et qui, dans leur ambivalence, cherchent plus tard à les détruire.

Ils tentent de justifier cette attitude mais en fait se vengent par rapport aux activités groupales d'une équipe qui leur apparaît développer autour du berceau vide des occupations très angoissantes, au-delà du « Styx », et peut-être même y trouver du plaisir.

Michel Soulé

INTRODUCTION

Quand un bébé meurt avant même sa venue au monde... Aux yeux de la société, ce non-avènement constitue la plupart du temps... « un non-événement ». L'enfant n'est pas né : il n'a pas existé. Les professionnels eux-mêmes en sous-estiment grandement la portée.

Mais pour les parents endeuillés, pour la famille, il s'agit d'un drame terrible, aux conséquences aussi variées qu'insoupçonnables. Leur ampleur m'est apparue, chaque jour plus évidente, plus tangible, comme j'avais dans ma pratique de psychiatre psychanalyste. D'abord auprès d'adultes puis de jeunes enfants. Et enfin, aux côtés de futurs parents, dans un centre de médecine fœtale et de diagnostic anténatal.

Qui étaient-ils, ces adultes à la recherche éperdue d'une existence dans le monde ? Pourquoi vivaient-ils tant dans le seul désir des autres, s'épuisant en innombrables fausses obligations envers autrui ?

En réalité, c'est au sein de leur propre famille qu'ils se cherchaient. Comme s'ils n'y avaient pas de place, de « lieu d'être », de lieu pour être en toute légitimité. Et cela, parce qu'un autre bébé, un bébé mort avant que de naître, les avait précédés. Avait occupé ce lieu.

Qui donc étaient ces enfants, souffrant de troubles de l'identité, de l'attachement et de fortes angoisses de séparation ? Et certains d'entre eux ne se sentaient-ils pas délaissés au profit d'« un autre », un bébé mort, un absent si présent ? Cet enfant des ombres, ne leur fallait-il pas à leur tour le supplanter au prix d'une exceptionnelle créativité ? Pour se forger, se créer soi-même. Combien de Salvador Dalí, de Vincent Van

Gogh, de Camille Claudel et d'innombrables anonymes ont ainsi dû dépasser leurs limites pour exister tout simplement aux yeux des autres ?

Et puis, ces mères ? J'ai rencontré de ces femmes qui s'effondraient de douleur à l'évocation de leur bébé mort, pourtant bien des années auparavant. Avec quelle profusion de détails livraient-elles tout à trac leur drame, comme s'il venait juste de se produire. L'existence de ce bébé, trop vite escamotée par les professionnels et l'entourage, ne justifiait-elle pas qu'elles en gardent la moindre trace ? Comme un devoir de mémoire ?

Cette souffrance m'apparut dans tous ses effets dévastateurs lorsque j'intégrai un service de médecine fœtale et de diagnostic anténatal. Des lieux où la mort rôde en permanence, tout en se mêlant à un formidable mouvement de vie.

Là, j'ai écouté, accompagné des parents qui venaient de perdre un bébé avant sa venue au monde. Qu'il s'agisse d'une mort fœtale in utero (MFIU) ou d'une interruption médicale de grossesse (IMG). Là, j'ai entendu leur douleur insondable, indicible, incommunicable.

Leur âme se déchirait devant moi, leur corps se pétrifiait à l'annonce du décès de l'enfant tant attendu. Dans un silence assourdissant me parvenait leur cri intérieur, ce cri qu'évoque si admirablement le peintre Edvard Munch. Les histoires sont différentes mais les récits se ressemblent.

Et toujours revient la même question fondamentale : comment survivre, vivre et revivre après un tel traumatisme ? Cet enfant qui n'est plus, ni dedans ni dehors, quel est-il ? Un bébé, un fœtus, un rien ? Pour l'état civil, tout dépend de son terme, de son poids et de sa viabilité. Et ces pères et ces mères sans bébé, qui sont-ils maintenant ? Cet enfant dont ils ont rêvé, qu'ils ont pu concevoir dans leur rencontre, qu'ils ont attendu, qu'ils ont rêvé de nouveau, qu'ils ont vu à l'échographie et qu'ils ont senti bouger, leur conférait un statut de parents. Tout ceci peut-il être gommé par la mort de l'enfant ?

Prendre la mesure de ce qu'ils ont vécu est essentiel. Un manque de reconnaissance, associé à la terrible crainte de l'oubli, peut entraîner parfois des évolutions pathologiques ou, du moins, entraver la vie future du couple et de leurs enfants.

Pourtant, bien des femmes tentent de se faire entendre : certaines écrivent, d'autres sculptent... Frida Kahlo, elle, a peint l'horreur de ses fausses couches répétées.

Depuis toujours, les morts d'enfants sont un sujet de préoccupation. Au Moyen Âge, les limbes, puis les sanctuaires à répit sont imaginés pour les non-baptisés dans la religion catholique. Aussi pourront-ils se rapprocher de Dieu.

Les temps ont changé mais tout récemment encore, professionnels et parents endeuillés sont parvenus à faire modifier la loi qui donnait trop peu de place à l'humanité. Il reste cependant beaucoup à faire.

On assiste à un paradoxe monumental dans nos sociétés occidentales où le bébé est le centre de toutes les attentions. « *His majesty the baby* ¹ » pose sur tous les magazines dans les bras de sa maman, top-modèle ou actrice hollywoodienne. Chaque jour des moyens gigantesques sont employés à la procréation, on parle même d'utérus artificiel. Et dans le même temps, la mort d'un bébé reste presque un sujet tabou.

Les progrès du diagnostic anténatal permettent une remarquable avancée en matière de dépistage et d'instauration des traitements curatifs précoces, voire in utero. On peut désormais anticiper les naissances prématurées, en diminuer le nombre et la gravité des séquelles. Mais ces mêmes progrès précipitent parfois les parents dans des situations auxquelles ils ne sont pas préparés, pas plus que leur entourage. Comment accepter une décision d'IMG alors qu'on s'apprête à donner la vie ?

La réponse est tout aussi difficile pour les équipes médicales. La science, la technique avancent très vite, précédant trop souvent l'éthique.

Cet ouvrage s'ouvre sur la description de l'événement et des réactions qu'il déclenche. Une large part y est donnée au processus de parentalisation, brutalement interrompu par la mort périnatale. Il nous amène à appréhender la question du statut du fœtus sous ses différents aspects : sociologique, anthropologique, éthico-religieux, médical, échographique et psychanalytique.

Au chapitre du deuil s'inscrit d'abord le temps de la survie, abordée très différemment pour chacun. Dans un mouvement vers la vie, c'est une nouvelle grossesse, parfois c'est un délire qui permet de rester vivant. Plus tard, le fœtus pourra devenir un objet nostalgique, mélancoliforme, dépressif ou traumatique. Parfois il ouvrira à des sublimations.

Parents, enfants aînés, grands-parents mais aussi enfants à venir sont tous concernés par ce drame. Aussi une place particulière leur est-elle réservée ici. Le rôle fondamental de l'équipe médicale méritait, à lui seul, tout un chapitre.

Comment le psychanalyste peut-il accueillir, soutenir ces parents dans ce moment traumatique et les aider à explorer les zones archaïques de leur psychisme, reconvoquées par cet événement ?

1. S. Freud (1914), « Pour introduire le narcissisme », dans *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

1

LA MORT PÉRINATALE

« Irréparable cassure. Prenons en acte. Nous voilà désolés la vie durant. »

Louis-René des Forêts

La mort d'un bébé avant sa naissance ou peu de temps après produit un véritable séisme dans la famille. Tous les repères sont bousculés, la temporalité modifiée, l'ordre des générations bouleversé : « La mort des parents, c'est la perte du passé ; la mort d'un enfant, c'est la perte de l'avenir ¹. »

Les couples vivent un cauchemar éveillé. L'effroyable est entré dans leur vie. Plus rien ne sera comme avant.

La mort d'un bébé peut survenir pendant la grossesse quel qu'en soit le terme. Elle peut aussi se produire à la naissance ou peu après.

Pendant la grossesse, le fœtus peut décéder spontanément in utero (MFIU) ² ou lors d'une interruption médicale de grossesse (IMG) ³ décidée en raison de graves malformations. Les réductions embryonnaires ⁴ font partie des morts fœtales ; de même les fausses couches spontanées (FCS) ⁵.

1. Proverbe chinois.

2. MFIU : mort fœtale in utero, cf. glossaire.

3. IMG : interruption médicale de grossesse, cf. glossaire.

4. Cf. glossaire.

5. FCS : fausse couche spontanée, cf. glossaire.

Bien que considérée habituellement comme particulière, l'interruption volontaire de grossesse (IVG)⁶ entre bien dans ce propos qui concerne aussi la stérilité et ses conséquences.

Mon intention n'est pas de traiter ici toutes les situations de façon exhaustive. Ce livre s'appuie essentiellement sur mon expérience clinique. Il s'agit toujours d'enfants qui n'existent qu'à travers les traces laissées dans le psychisme des parents. C'est la singularité du deuil périnatal.

LE MOMENT DE L'ANNONCE

Le moment de l'annonce, où la vie bascule en une fraction de seconde, où les repères vacillent à toute allure, où le vécu terrifiant va bien au-delà de l'imaginaire, inaugure le travail de la perte.

L'annonce, c'est toujours l'annonce de la mort. Celle de la mort in utero, d'une IMG programmée après la découverte de graves malformations, la mort qui surgit imprévue au moment de la naissance, ou qui peut emporter un nouveau-né après quelques jours de vie en service de réanimation.

Les parents se souviennent souvent avec une précision extrême de tous les détails qui ont entouré ce moment terrible : les lieux, la couleur des murs, les blouses du personnel, leurs regards, leur voix, le temps qu'il faisait, la robe que la mère portait... le silence de l'échographiste, l'immobilité du petit corps : « Nous constatons en silence, le cœur broyé par l'insurmontable nouvelle d'un enfant mort avant que d'être né... La bulle s'était transformée en linceul, le petit d'homme ne bougerait plus⁷. »

L'annonce, c'est d'abord un choc terrible. Elle entraîne un sentiment d'anéantissement de soi et une perte des capacités psychiques habituelles. Les parents n'arrivent plus à penser, à voir, à comprendre. Ils deviennent spectateurs de ce qui leur arrive. Tels des automates, ils font méthodiquement ce qu'on leur demande, anesthésiés. La pensée semble suspendue, le cerveau arrêté dans son fonctionnement.

Parfois, des mères poussent des cris effroyables. « Que pouvait-elle faire d'autre ? » dit un échographiste qui avait annoncé à une femme que son enfant ne vivrait pas, pourtant avec beaucoup de délicatesse.

6. IVG : interruption volontaire de grossesse, cf. glossaire.

7. C. Sagnier, *Un ange est passé*, Paris, éditions Climats, 1998.

C'est un moment d'extrême violence, pour les parents mais aussi pour la personne qui annonce, même si elle a pu apprivoiser ses émotions par son professionnalisme.

Les mots, même dits avec tact, respect et humanité, sont toujours des briseurs de rêves. Ces terribles mots transforment en une fraction de seconde le bébé merveilleux, objet de toutes les attentes, en un ange parti dans l'au-delà ou en un « monstre » dont il va falloir se séparer : « La nouvelle tomba comme un couperet. J'entendrai à tout jamais, je crois, au creux de mon oreille, la phrase exacte qui ce jour-là prit d'assaut mon esprit ⁸. »

La douleur est immense, transperçant le cœur, incommunicable. Une douleur qui déchire le corps au plus profond de sa chair, une douleur dévitalisante : « Il me semblait que ma propre vie cherchait à s'enfuir hors de moi en pleurant son désespoir ⁹. »

Le temps semble figé dans le néant. Plus rien n'existe. Le monde a changé, plongeant les parents dans l'irréel, l'incroyable, l'inconcevable.

Un monde qui a perdu sa logique, son sens et qui précipite les parents dans une incompréhension abyssale : « Aucun lien de raison n'arrivait à s'établir entre ce que je venais d'entendre et ce qui était en train de se vivre en mon ventre même ¹⁰. »

C'est l'effondrement, un avenir sans avenir : « Qu'est-ce qu'on va faire, qu'est-ce qu'on va devenir ? On parle de concessions, de cimetière, on est projeté brutalement dans la mort, on pense qu'on sera là à côté de notre bébé plus tard ; on pense déjà à notre fin de vie, cela bouscule beaucoup nos repères habituels » me disaient des parents.

C'est bien à ce moment-là, où choc, douleur, confusion, indicible, incompréhensible, impensable se succèdent, s'entrechoquent, que doit commencer l'accompagnement du deuil prénatal. Les premières paroles prononcées, les gestes, les attitudes, les attentions chaleureuses, les regards glacés, les fuites derrière un langage médical sophistiqué, la main sur l'épaule, tout cela restera gravé pour toujours.

Lorsque le bébé meurt in utero ou au moment de la naissance, la mort est apprise en direct et produit un choc qui empêche tout travail d'anticipation pour les parents et pour les équipes. Lorsqu'il y a une IMG, il y a également un choc au moment de l'annonce, mais un espoir subsiste même en cas de pathologie grave, espoir qui peut être source d'une anticipation créative pouvant permettre de trouver en soi des ressources pour mieux

8. C. Haussaire-Niquet, *L'enfant interrompu*, Paris, Flammarion, 1998.

9. *Ibid.*

10. *Ibid.*