

Compte-rendu du Groupe «PSYCHOPATHOLOGIE CONCEPTIONNELLE ET DEVELOPPEMENT ANTENATAL»

JUIN 2004, N°6

Les grossesses après deuil

Cette réunion du mois de juin 2004, qui se réunissait comme à l'habitude, dans les locaux du service de psychiatrie infanto-juvénile de Chartres (service du Docteur J. Constant), avait pour thème les grossesses après deuil. Ce sujet est riche et bien documenté, pourtant il faut reconnaître que l'accompagnement des grossesses après deuil souffre de bien des insuffisances, alors que leur repérage est aisé à partir de l'anamnèse de la femme enceinte (il est facile d'y repérer la mort d'un enfant, mort périnatale notamment, ou mort d'un enfant en bas âge, voire même plus âgé). Devrait-on envisager un jour des recommandations de « bonnes pratiques » dans ce domaine ? Lesquelles faudrait-il alors définir ?

Après avoir évoqué le thème de « l'enfant de remplacement » à partir des pages consacrées à ce sujet dans « L'embryon sur le divan », j'ai rappelé que cette question ne constitue qu'une facette limitée de la question des grossesses après deuil, car il faut envisager celles-ci dans leur dynamique quasi « physiologique » : réactivation du deuil de l'enfant mort, angoisse, importance des dates anniversaires, crainte de s'attacher à l'enfant à naître par peur de le perdre, confusion entre enfant mort et enfant en gestation. Je ne crois pas qu'il faille « pathologiser » à outrance ces phénomènes, il convient davantage de les accompagner en les identifiant comme des mouvements psychiques « ordinaires » qu'il faut prendre en compte et contenir dans une nécessaire élaboration du deuil, un deuil particulièrement éprouvant pour les parents. Nous avons également repris l'article de Pierre Rousseau sur ce sujet, présenté à l'occasion du colloque « Médecine et psychanalyse. La fabrique des bébés passions pour l'embryon », dont les références figurent à la fin de ce compte-rendu.

Puis nous avons écouté et discuté la présentation de Maïa Lillo-Fondeville. Cette vignette clinique illustre l'accompagnement en psychomotricité (relaxation) d'une femme enceinte après un deuil périnatal. Je suivais pour ma part cette femme en consultation de psychiatrie périnatale, et ceux qui le souhaitent pourront lire en complément le suivi que j'avais proposé, publié à présent dans le cadre du Cahier Marcé n°1.

Benoît Bayle

Etude de cas : Madame S., par Maïa Lillo-Fondeville, psychomotricien-ne

Présentation du cas

Mme S. est une femme de 40 ans qui m'a été adressée par le Dr Bayle et que j'ai suivie dans le cadre d'un CMP pendant 5 mois, dont 3 mois et 1 semaine en séance hebdomadaire.

J'ai commencé à la prendre en charge quand elle était enceinte de 4 mois, d'une petite fille.

Elle avait déjà un premier garçon, Flavien, de 3 ans (accouchement par césarienne) et avait eu une fille (deuxième née), Perrine, décédée à 5 jours de vie des suites d'une

rupture de la cicatrice antérieure (rupture de la poche des eaux entraînant de fortes contractions puis rupture utérine). L'enfant a eu d'énormes atteintes et n'y a pas survécu. Il est à noter que la conception de son troisième enfant a eu lieu un an, quasiment jour pour jour, après le décès de Perrine.

Pour l'accouchement à venir, Mme S. devait être hospitalisée 2 mois avant terme afin qu'une césarienne puisse être pratiquée dès les premières contractions. Dans tous les cas, une césarienne était prévue 1 mois avant terme.

Premier entretien

Au moment du premier entretien, Mme S. était en procès contre la clinique où elle avait accouché. Elle était donc très perturbée, anxieuse et sentait la colère l'envahir à nouveau.

Elle éprouvait beaucoup de culpabilité par rapport à « l'accident », comme elle le nommait, c'est-à-dire qu'elle se sentait responsable de ne pas avoir été à la clinique plus tôt.

Elle a exprimé aussi sa peur de la répétition d'un « accident » pour son futur enfant. Elle ne voulait donc pas l'investir pour ne pas souffrir à nouveau si un problème survenait. Elle disait elle-même ne pas lui laisser de place. De plus, elle vivait comme une trahison, par rapport à sa fille décédée, l'amour qu'elle aurait pu porter à cette nouvelle fille.

Par contre, point positif, le bébé allait s'appeler Myriam (*Les prénoms des enfants ont été modifiés*). , prénom lié à l'amour commun du couple pour un pays qu'ils avaient découvert ensemble lors de vacances.

Mme S. était une personne présentant une certaine tendance à l'hyperactivité, disant ne pas savoir s'arrêter, anxieuse, ayant des troubles du sommeil, mais réussissant à exprimer son besoin de calme. C'était quelqu'un de très lucide et verbalisant bien ses émotions.

Projet thérapeutique

Je lui ai donc proposé une prise en charge en individuel à raison d'une heure par semaine. Celle-ci allait être axée sur de la relaxation, un travail de prise de conscience du corps par le toucher et des exercices de respiration.

Compte-rendu de l'évolution de Madame S. au fil des séances

À partir de la 3^e séance, Mme S. a eu un arrêt de travail et a alors adopté un rythme de vie plus calme. Son sommeil s'est amélioré.

Durant les divers exercices, que nous avons pratiqués ensemble, et la relaxation, elle a été très à l'écoute de ses sensations corporelles et a réutilisé certains exercices chez elle, par exemple le massage des pieds. Elle était partie prenante de la prise en charge.

Elle s'est confrontée à sa respiration, élément essentiel dans la détente :

Tout d'abord, cela lui a été difficile, car elle éprouvait une certaine anxiété et une peur d'étouffer. Elle a alors fait le lien avec ses phobies liées aux transports (voiture, avion) et aux parkings souterrains, qui se sont déclenchées après le décès de sa fille.

Puis, elle a pris conscience du mécanisme de la respiration et s'est concentrée sur la respiration ventrale. Elle a réutilisé cette technique chez elle. Ce moment lui permettait alors d'entrer en contact, en douceur, avec son bébé. Je dis « en douceur », car j'avais remarqué que Mme S. surstimulait son bébé en appuyant très souvent sur son ventre. Elle

en a pris conscience et a déclaré qu'elle le faisait sans arrêt chez elle, ce que son mari lui reprochait. Ne plus sentir les mouvements du bébé signifiait pour elle la mort de celui-ci. Elle a aussi réussi à exprimer, à cette occasion, sa peur de la mort subite du nourrisson. Je pense que le travail sur sa respiration, effectué dans un climat de confiance, lui a permis d'écouter, de comprendre et de mieux contrôler son corps. Ce travail n'a pas été facile, mais Mme S. est parvenue à maîtriser sa respiration après plusieurs séances. Elle a parlé alors de « petite victoire ». Elle a donc pu mettre sa peur à distance et enfin laisser paisiblement ses mains sur son ventre. Parallèlement, le Dr Bayle lui a proposé de repérer les rythmes de son bébé et de les relever sur un cahier. Ceci pour lui permettre de prendre du recul, d'apprendre à respecter les rythmes de l'enfant et ainsi diminuer la surstimulation.

En ce qui concerne la relaxation elle-même :

J'ai pu constater qu'au fil des séances Mme S. devenait de plus en plus calme durant ces moments et qu'elle pouvait même s'endormir parfois.

Au départ, elle m'avait expliqué qu'elle ne visualisait jamais son futur bébé et qu'elle n'arrivait pas à se projeter dans l'après-accouchement.

Au fur et à mesure des séances, elle a laissé émerger ces images en elle et est parvenue à visualiser la forme du bébé, par exemple, sans qu'aucune angoisse ne l'envahisse.

Pendant cette prise en charge, Mme S. a eu un grand besoin de parler de son enfant mort. Il est apparu que le fait d'avoir pu toucher cet enfant avant son décès a été très important pour elle, ainsi que d'assister à son enterrement. En revanche, ce qui restait douloureux et source de culpabilité était de ne pas avoir été la voir morte.

Mme S. a aussi évoqué sa relation avec son mari et la manière dont celui-ci a vécu le deuil de leur enfant. Peu communicatif et se repliant facilement sur lui-même, disait-elle, il évitait les sujets pouvant engendrer de l'émotion ainsi que de parler du décès de leur enfant. Il semblait également très désemparé quand sa femme allait mal. A l'étonnement et à la satisfaction de celle-ci, il a accepté d'aller à une consultation du Dr Bayle pour évoquer le deuil de Perrine.

Au bout de 2 mois et demi de prise en charge, Mme S. dit s'être sentie évoluer. Elle se sentait « rassurée » et disait « avoir plus de recul. »

Un mois avant son séjour à l'hôpital, elle a éprouvé beaucoup d'anxiété par rapport à cette hospitalisation. Elle avait peur de se sentir enfermée, de s'y ennuyer, était anxieuse à propos de l'accouchement même. Elle s'y est donc préparée en séance, en essayant de visualiser le déroulement de l'accouchement en état de détente. Des questions ont alors émergé : « Est-ce que l'on me fera une péridurale ? Me posera-t-on mon bébé sur le ventre ? Mon mari pourra-t-il assister à l'accouchement ? » Elle arrivera ensuite à poser ces questions à son gynécologue-obstétricien. Elle décidera aussi de prendre des photos et des papiers à trier pour occuper son temps d'hospitalisation.

Hospitalisation d'un mois et accouchement

Avant l'accouchement, je lui ai rendu visite à la Maternité : elle m'attendait et m'a accueillie à l'extérieur. Elle m'a paru à l'aise dans les lieux et avoir bien investi l'équipe. Elle était très contente de la prise en charge de la Maternité.

Après l'accouchement, qui s'est bien passé, Mme S. m'a expliqué qu'elle avait utilisé les exercices de respiration ventrale avant l'intervention et qu'ils l'avaient aidée à se détendre. Elle disait avoir ressenti un soulagement quand Myriam avait crié, puis lorsqu'elle avait eu 5 jours. Elle l'allaitait. Elle a ajouté qu'il lui restait une étape à franchir : rentrer avec son

bébé, car elle n'avait pu le faire avec Perrine. Toutefois, il lui arrivait d'appeler Myriam du prénom de son enfant décédée.

Un mois après la naissance de sa fille, elle est venue me la présenter en compagnie de son fils. Mme S. allait très bien et en était étonnée. Les enfants se portaient également très bien. De plus, elle constatait, avec joie, que son mari s'occupait beaucoup plus de leur fille (lui parlait, par exemple) qu'il ne l'avait fait à l'arrivée de leurs deux enfants précédents.

En janvier 2004, Madame S. m'a appelé pour la nouvelle année. Elle disait se sentir bien et avait repris le travail. Elle continuait à être prise en charge par le Dr. Bayle, d'une part car elle ressentait le besoin d'un accompagnement au sujet de la relation avec sa fille et d'autre part pour le suivi de son traitement médicamenteux (antidépresseur). Par ailleurs, ses enfants allaient bien et avaient de très bonnes relations entre eux.

Conclusion

Cette prise en charge a permis à Mme S. d'avoir un temps pour elle toutes les semaines, où elle a pu se « poser » (je rappelle que Mme S. est plutôt hyperactive), se recentrer sur elle-même et s'écouter, dans un cadre matériel et relationnel sécurisant et contenant.

Elle a pu établir des liens entre ses sensations corporelles, ses émotions, son fonctionnement et son histoire. Elle a donc mis des mots et du sens sur son vécu corporel, ce qui lui a permis d'accéder à une représentation mentale de son bébé.

La prise en charge lui a donné la possibilité de diminuer son anxiété, d'apprendre à gérer ses

angoisses, d'investir son bébé, de se projeter dans sa relation avec lui.

Mme S. s'est autorisée à lâcher prise et à laisser émerger des contenus psychiques qui auront pu être interprétés par le psychiatre permettant ainsi un travail psychothérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

-Bayle B., *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*. Paris, Masson, 2003 (bibliographie assez complète sur le thème de l'enfant de remplacement dans cet ouvrage)

-Bayle B., *L'identité conceptionnelle. Tout se joue-t-il avant la naissance ?* Cahier Marcé n° 1, Paris, Penta-L'Harmattan, 2005 (se reporter au chapitre : « Vers une sémiologie du dialogue corporel mère-fetus : à propos d'une observation »)

-Rousseau P., Les grossesses après un deuil périnatal : grossesses dans le deuil ? In : D. Brun (dir.), 6^{ème} Colloque de Médecine et Psychanalyse. La fabrique des bébés : passions pour l'embryon. *Etudes Freudiennes* (hors série), Paris, 2004, pp. 350-361

Pour tout contact :

Dr. Benoît Bayle
Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile
1, rue Saint Martin au Val
28000 Chartres
Tél. 02 37 30 37 44
bbayle@ch-chartres.fr