Deuil périnatal et reconstruction de soi

Autor(en): **Leanrichard, Barbara**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **104 (2006)**

Heft 5

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949872

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Deuil périnatal et reconstru

Comme le deuil en général, le deuil périnatal est un état correspondant essentiellement à un travail de l'inconscient. Ce travail demande du temps et évolue en général en plusieurs phases visibles: un choc, une détresse aiguë, une phase de chagrin et une phase de résolution. Le travail de deuil est un véritable travail durant lequel l'être se reconstruit. Tâche psychologique très importante, elle exige que la personne y consacre toute son énergie pendant un certain temps: en général, le deuil se termine rarement avant le premier anniversaire de la mort. La sage-femme peut jouer un rôle capital dans le démarrage de ce travail de longue haleine.

Barbara Jeanrichard

LE deuil de l'enfant prêt à naître, c'est-à-dire la mort in utero ou la mort néonatale, amène un état très spécial. Il faut également ranger dans ce cadre l'avortement et notamment l'avortement du 2e trimestre tardif, qui plonge des femmes dans le profond chagrin d'un deuil véritable particulièrement pénible parce que non reconnu. Cette non-reconnaissance risque d'isoler plus ou moins complètement la femme qui vit un deuil aussi cruel que celui d'un enfant mort-né (peu importe l'âge gestationnel).

Le cheminement n'est pas régulier. Certaines personnes font l'économie du travail de deuil pour éviter la souffrance. C'est un peu comme si elles évitaient de soigner une blessure parce que les soins font mal. Mais, pour que la vie puisse repartir, il faut d'abord guérir, c'est-à-dire qu'elle reprenne sens pour l'individu.

Barbara Jeanrichard: sage-femme formatrice, Haute école cantonale vaudoise de la santé (Lausanne) et membre du conseil rédactionnel de «Sage-femme.ch».

Evaluation du deuil

Quand la personne est capable de se souvenir complètement et de façon réaliste des plaisirs et des déceptions vécus avec le défunt (ici le fœtus pas encore né), on parle de deuil réalisé. La personne fait un trait sur ses projets, elle accepte ce qui est arrivé.

La durée du deuil est variable. En règle générale, pour un conjoint ou pour un enfant, elle est supérieure à un an. Les anniversaires (date de l'IMG, date de la naissance de l'enfant mort-né, date du TP, date de la naissance d'un autre enfant) sont des étapes délicates qui ravivent la souffrance.

Et le père?

En cas de mortinatalité, les parents ne sont que vaguement conscients de l'objet de leur chagrin. Le père en particulier n'a qu'une notion peu distincte de son enfant à naître en tant qu'être humain. La mère sera seule à pleurer son enfant mort-né.

La détresse pour le père est aussi profonde, mais elle est souvent différente. Sa souffrance personnelle peut être majorée par la perception qu'il a de la détresse de son épouse et de son incapacité à l'aider. Elle est d'au-

Un travail de longue haleine

Phases du deuil concernant la mort périnatale

1re phase: Le choc, le déni

Le déni est une phase d'incrédulité et d'engourdissement. La personne est en état de choc. Cette phase commence avec l'annonce de l'anomalie ou de la mort de l'enfant à naître:

- «La terre s'arrête»
- L'enfant perd son caractère d'enfant imaginaire parfait
- L'enfant devient un monstre (malformation)
- «Je le sens encore bouger»
- «Ce n'est pas vrai!»
- «Vous vous trompez!»

C'est un état émotionnel insupportable à l'équilibre psychologique, d'où ce refus de croire. La durée va de quelques heures à quelques jours, voire semaines.

2e phase: La colère, la protestation

La femme – ou le couple – recherche de renseignements médicaux. Elle est en colère:

- contre elle-même: «J'aurai dû venir plus tôt.»
- contre les médecins: «Leur médecine, c'est de la foutaise.»
- contre l'enfant mort: «S'il avait voulu vivre, s'il avait lutté...»
- contre le conjoint, ou Dieu, ou les soignants, etc.

Elle ressent de forts sentiments d'injustice ou de culpabilité et est à la recherche ce qu'elle a fait «faux». Cette phase est particulièrement délicate pour l'entourage, parfois violemment agressé. Il est important de décoder ce qui se passe pour aider la personne à sortir de sa colère et pour ne pas se sentir agressé.

3e phase: Tristesse et dépression

C'est le temps de la reconnaissance définitive de la perte. Le berceau préparé restera inoccupé. C'est le temps des pleurs. La femme perd le goût de vivre et de l'intérêt pour des projets. Avec la perte de l'enfant va de pair la perte du rôle familial et social de la mère. A ce moment-là, il est bon suivre des rites: voir l'enfant ou faire des funérailles fait sortir de cette phase (ce qui est positif). En cas de refus, la personne fait souvent preuve d'une hyperactivité. Cette phase est accompagnée par la peur de ne jamais s'en sortir, de ne jamais devenir mère.

ction de soi

tant plus aiguë qu'il ne peut, lui, l'exprimer souvent à quiconque: ni aux soignants puisqu'il n'est pas hospitalisé, ni à sa femme qui est trop désespérée, ni souvent à sa famille ou à l'entourage.

Dans notre société, les hommes ne peuvent pas – et s'en donnent pas le droit – exprimer par des larmes leur douleur. Parfois, celle-ci peut se manifester par une agressivité, en particulier vis-à-vis des soignants. Ceux-ci devraient savoir l'accepter et la reconnaître comme un signe de deuil: ce deuil, travail de l'inconscient, dont la qualité conditionnera la vie relationnelle à venir, pour cet homme et pour son couple.

Et les enfants?

Après la MIU ou l'IMG, au retour à la maison, la question se pose de savoir ce qu'on va dire aux autres enfants. Ils étaient au courant de la grossesse et ont partagé la joie d'attendre le bébé. Les frères et soeurs perçoivent qu'il y a eu un évènement douloureux. Ils sentent que les parents sont tristes. Ils posent des questions, mais souvent les parents hésitent à répondre, de peur de «traumatiser» les enfants. C'est pourtant important qu'ils disent la vérité. Les enfants peuvent ainsi mieux comprendre la tristesse des parents, la partager et vivre leur propre deuil. Après avoir appris que le bébé ne va jamais venir à la maison, les réactions des enfants peuvent être très différentes et les parents se sentent quelquefois démunis.

Quelques exemples:

- L'enfant peut culpabiliser, car il avait un désir caché de mort du bébé, qui aurait été un concurrent. Il est important d'expliquer à l'enfant que ce n'est nullement de sa faute que le bébé est mort, que ce sont des choses qui arrivent, que personne n'est fautif.
- L'enfant peut montrer une certaine «indifférence». Il continue à jouer, à rire «comme si» rien ne s'était passé... Les parents perçoivent cette attitude comme cruelle. Mais il est fort probable que l'enfant n'a pas compris l'irréversibilité de la mort. Il est peut-être encore trop jeune.
- L'enfant peut avoir lui-même peur de la mort depuis que le bébé n'est plus. Les parents peuvent lui expliquer que la mort est difficile à comprendre et que tout le monde, eux compris, ont peur de la mort.

Concernant l'IMG il n'est pas nécessaire de tout révéler, en particulier le caractère volontaire de l'interruption de la grossesse et décision prise par les parents eux-mêmes. Les enfants pourraient être traumatisés s'ils réalisaient que leurs parents ont un pouvoir de vie ou de mort sur leur descendance. Ils pourraient penser qu'ils seraient aussi supprimés s'ils le souhaitaient.

En règle générale, il est important d'inclure les enfants dans le deuil pour que toute la famille le vive. Les enfants comprennent mieux la tristesse des parents. Ce sont souvent eux qui aident les parents par la joie de vivre (qui est naturellement en eux) à retrouver goût à la vie.

Le rôle de la sage-femme

La sage-femme doit montrer de la disponibilité, donner des informations, être à l'écoute. Elle rend réelle la perte subie (encourager à voir l'enfant, donner un prénom, etc.), doit favoriser l'ex-

4e phase: L'acceptation, la réorganisation

La souffrance est toujours là mais, cette fois, la femme abandonne toute culpabilité. Elle réalise progressivement que tout n'est pas perdu: «C'est mieux ainsi, il ne souffre plus.»;

«Il aurait été trop handicapé.» C'est le processus de réinvestissement, d'adaptation. L'enfant n'est plus, mais la vie continue. Le couple fait de nouveaux projets, est prêt pour un nouvel attachement, une éventuelle grossesse. Il y a une réconciliation avec la vie. Le projet d'une nouvelle grossesse peut se faire. L'enfant nouveau aura sa place, c'est-à-dire celle de son rang dans la fratrie et non pas de celui de l'enfant décédé, qu'il faudrait à tout prix remplacer pour consoler ses parents.

Symptômes

Deuil normal

On relève dans la phase du choc:
- sensation de détresse physique extrême: faiblesse musculaire, parfois syncope
- accès d'agitation, crises de larmes et de sanglots
- sensation de gorge serrée, souffle court.

On note différentes perturbations pouvant évoluer vers la chronicité:
- asthénie, insomnies
- diminution des capacités intellectuelles
- troubles digestifs
- crises de spasmophilie
- modification de certaines constantes biologiques (signes d'immunodépression)
- troubles coronariens

La fréquence des symptômes liés au deuil n'est pas établie. Ils restent cependant, en règle générale, banaux et s'estompent avec l'évolution du deuil.

Deuil pathologique

On constate fréquemment:
- hyperactivité sans donner l'impression d'avoir éprouvé une perte
- apparition de symptômes de la dernière maladie du disparu
- maladies psychosomatiques: asthme, polyarthrite chronique, évolutive, colite ulcéro-hémorragique
- mésentente avec les amis et les membres de la famille
- hostilité acharnée envers certaines personnes
- inversement, le refoulement de l'agressivité peut aboutir à un comportement inexpressif et formaliste évoquant la schizophrénie
- perte du comportement social habituel et notamment de pouvoir de décision
- initiatives tendant à détériorer son propre niveau social et économique
- et enfin dépression grave avec agitation, insomnies, besoin d'autopunition et suicide

Le premier indice de deuil pathologique est l'absence apparente de réaction au moment de la perte de l'objet. Certains psychiatres ont démontrés une corrélation entre le deuil pathologique et la non-visualisation de l'enfant mort.

pression libre des sentiments et encourager en cas de culpabilité.

L'accompagnement du deuil nécessite un apprentissage approprié: savoir écouter et savoir... se taire, savoir laisser répéter dix fois la même chose, etc. Comme nous l'avons déjà souligné, c'est comme cela que le travail de deuil se réalise.

C'est aussi à la sage-femme de détecter les réactions pathologiques. Il est bon, autant que faire se peut, qu'elle puisse voir ensemble les deux parents, pour que chacun puisse exprimer son deuil à sa façon et pour éviter que le mari se réfugie dans des occupations extérieures et n'isole sa femme dans une solitude douloureuse.

La sage-femme doit rassurer le couple et être franche avec les parents: dire le devenir du corps de l'enfant, dire le sexe, le décrire si le couple ne veut pas le voir, etc.

Et la souffrance de la sage-femme?

Dans une certaine mesure, le deuil périnatal touche aussi les soignants qui peuvent se culpabiliser et qui sont confrontés à l'apparent échec de la médecine. En fait, c'est surtout accepter les limites de celle-ci qu'il convient de faire.

De plus, les soignants sont confrontés à leurs propres émotions. Chacun a son propre vécu du deuil. Comment devrait-on réagir en face de ces couples en deuil?
- Reconnaissons en nous le désir de guérir l'autre de la mort et l'impossible satisfaction de ce désir. Acceptons ce que nous ne pouvons éviter (Freud).
- Reconnaissons notre souffrance pour ne pas la confondre avec celle du patient (centration-décentration).
- Acceptons la peur, la dépression, l'angoisse, la culpabilité comme des émotions normales.
- Acceptons aussi de ne pas avoir de réponse aux questions posées par le patient. Acceptons qu'il n'y ait personne d'autre pour y répondre.
- Acceptons de ne pas avoir de réponse, et qu'il n'y en a pas, et soyons là malgré tout. Autrement dit, acceptons de n'avoir que soi pour réponse, quelle que soit la fonction occupée. ◀

Bibliographie

Livres

Kuebler-Ross Elisabeth: La mort. Québec/Amérique Inc., 1977.

Kuebler-Ross Elisabeth: Les derniers instants de la vie. Labor & Fides, Genève, 1975.

Kuebler-Ross Elisabeth: La mort de l'enfant. Edition du Tricorne, 1984.

Poletti Rosette, Dobbs Barbara: Vivre son deuil et croître. Jouvence, Genève, 1993.

Viorst Judith: Les renoncements nécessaires. Tout ce qu'il faut abandonner en route pour devenir adulte. Robert Laffont, Paris, 1988.

Articles

Merg Dominique: Elaboration d'un protocole d'accompagnement psychologique. In: Les dossiers de l'obstétrique, No. 217, Mai 1994.

Poletti Rosette: L'enfant qui n'a pas vécu. In: Mes conseils santé pour votre mieux-vivre, n. 2, Ed. «Le Matin», Genève, 1992.

Travail de fin d'études

Gendre Françoise: Vouloir donner la vie et avoir la mort en soi. Travail de fin d'études de l'Ecole cantonale vaudoise de sages-femmes, Chantepierre, Lausanne, 1983.

Hulsbergen Wilhelmien: Une grossesse brisée. Travail de fin d'études de l'Ecole cantonale vaudoise de sages-femmes, Chantepierre, Lausanne, 1995.