

LA CONSTRUCTION D'UNE POSTURE DE CLINICIENNE... À TRAVERS
L'ACCUEIL ET L'ÉLABORATION D'UN ÉPROUVÉ SOCIALEMENT
IMPENSÉ : LE DEUIL PÉRINATAL

[Daphné Gaspari](#)

Érès | « [Nouvelle revue de psychosociologie](#) »

2021/1 N° 31 | pages 197 à 209

ISSN 1951-9532

ISBN 9782749270258

Article disponible en ligne à l'adresse :

[https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-
psychosociologie-2021-1-page-197.htm](https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2021-1-page-197.htm)

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La construction d'une posture de clinicienne à travers l'accueil et l'élaboration d'un éprouvé socialement impensé : le deuil périnatal

.....

Daphné Gaspari

« Combien d'enfants avez-vous, madame ?

Seize.

Où sont-ils ?

Tous les neuf sont à l'école.

Et les autres ?

Quels autres ?

Les autres sept enfants.

Mais, monsieur, ils sont morts.

Madame, on ne compte pas les morts.

Et pourquoi ? Ce sont mes enfants. Pour moi, ils sont vivants à jamais. »

Dany Laferrière, 1996¹

Ce court extrait évoquant le recensement de population en Haïti ouvre d'une bien jolie manière un large champ de questionnements sur la place des morts et de la disparition dans les sociétés contemporaines – et plus particulièrement sur la place des enfants morts et leur inscription dans le présent. Il s'agit là d'une thématique bien délicate à aborder, qui se complexifie encore lorsque la mort de l'enfant survient avant sa mise au monde. « Morts avant de naître » – cette expression évocatrice que j'emprunte à un ouvrage éponyme consacré à la mort périnatale (Charrier et coll., 2018) – me semble contenir tout à la fois la complexité, la singularité

.....

Daphné Gaspari, formatrice et consultante psychosociologue.

daphne.gaspari@gmail.com

1. Merci à Pierre Pubien pour la référence et à Françoise Hatchuel pour la mise en lien.

et l'ambivalence d'une thématique qui peut s'appréhender de multiples manières – sous l'angle historique, social, légal, psychique, médical, rituel – mais qui reste toujours, me semble-t-il, à la marge. La mort périnatale est un « cas particulier » : un cas particulier de la vie, un cas particulier de la mort. Est-il question de naissance ou de mort ? Comment dès lors l'appréhender, l'accompagner, la reconnaître, la nommer, la décrire, la penser ? Comment accompagner des sujets confrontés à cette expérience de parentalité si particulière, comment faire exister ces enfants disparus avant de naître – avant de n'être ? Quels termes employer pour désigner cette existence en lisière, comment mêler histoires singulières et inscription sociale et historique ? *Combien d'enfants avez-vous ? J'ai trois enfants/J'ai eu trois enfants* : un mot de plus et le sens se modifie. En France on réservera le présent aux vivants.

L'expérience de la maternité est une thématique très empreinte de normes et de représentations sociales, pour laquelle l'intime se mêle, parfois jusqu'à se confondre, aux normes et valeurs de la société. À chaque époque ses règles et ses injonctions sociales² – et à chaque époque nombre de vécus impactés par elles. Si ces règles ont une vertu de contenance et de symbolisation importante, les normes sociales peuvent aussi montrer leurs limites lorsque l'expérience des sujets se situe à la lisière de leurs contours. C'est ce à quoi je me suis heurtée lorsque mon entrée dans la maternité s'est faite à travers la perte de mon bébé en fin de grossesse.

C'est donc pour tenter de répondre à plusieurs questions que je souhaite développer un propos s'inscrivant dans la perspective d'une « écriture clinique » pour développer une réflexion autour de l'invisibilité des enfants décédés au cours d'une grossesse. « Clinique », car « favorisant l'implication et la distanciation, l'analyse objective et l'expression subjective » (Mairesse, 2019, p. 221) au plus près du vécu. « Écriture » pour permettre, « par l'ordonnement des mots et des phrases [...], une mise en ordre du "chaos du vécu" [...] et une distanciation réflexive liée aux possibilités de consulter et de reformuler la trace écrite ainsi produite » (Poirier Courbet et Seret, 2019, p. 222).

Je m'appuie pour ce faire sur ma propre expérience, me permettant, à travers mes ressentis et mon témoignage, de développer une réflexion plus large sur l'importance de la prise en compte du deuil périnatal dans la sphère sociale, notamment en termes de posture et d'accompagnement. Je propose pour cela de faire dialoguer mon vécu de mère³ ayant été confrontée à la perte d'un enfant avec mon expérience et ma posture de

2. On pourra voir à ce propos le joli documentaire *Tu seras mère ma fille*, réalisé par Camille Ménager, Bruno Joucla, disponible en replay sur France TV.

3. J'écris ce texte en mon nom et me centrerai presque exclusivement sur le point de vue des femmes et des mères, même s'il est évident que la mort périnatale concerne les couples et que les conjoint(e)s ne sont bien évidemment pas à négliger. Mais ce n'est pas ici mon propos.

psychosociologue clinicienne en questionnement sur l'approche biographique et l'écoute clinique, afin d'apporter, par le prisme du vécu et de la subjectivité, des éléments pour une meilleure compréhension du deuil périnatal et de l'importance d'une posture clinique.

QUELQUES REPÈRES SUR LA MORT PÉRINATALE

Je suis actuellement enceinte d'une petite fille⁴. En décembre 2013, mon compagnon et moi avons perdu notre premier enfant, une petite fille également, au huitième mois de grossesse à la suite d'une interruption médicale de grossesse (IMG). Cette IMG a été décidée en concertation avec un centre de diagnostic prénatal après la découverte lors de l'échographie du troisième trimestre d'une malformation cérébrale « d'extrême gravité », selon les termes médicaux consacrés. Un an après j'ai donné naissance à un petit garçon. Je n'entre pas ici dans le récit de cette histoire, que je choisis de décrire le plus factuellement et le plus succinctement possible ; ce qui m'intéresse dans ce texte n'est pas le récit de « l'événement » en lui-même, mais son inscription dans l'ici et maintenant, plusieurs années après, réactivée par une nouvelle grossesse.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mort périnatale comme la perte d'un bébé survenant entre la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée (ou lorsque le fœtus a atteint 500 grammes) et le septième jour de vie. Cette définition recouvre donc des situations diverses : IVG⁵, fausse couche tardive, IMG⁶, enfant mort-né, décès au cours de l'accouchement et décès précoce de l'enfant. Situations diverses mais, bien plus encore, vécus singuliers. Car bien que chaque expérience puisse entrer dans l'une ou l'autre de ces catégories selon des définitions précises, l'expérience des sujets concernés reste, à chaque fois, singulière et intime. Au vocable médical se mêle le vécu parental.

7 000 IMG environ sont pratiquées chaque année en France, ce qui représente moins de 1 % des naissances⁷. C'est peu, mais ce n'est pas

.....

4. Cet article a été écrit en janvier 2020, ma fille est née au mois de mai. L'écriture du texte s'est étoffée au cours de l'année 2020 et ma fille a déjà plusieurs mois à l'heure où je termine cet article, mais je conserve dans mon propos le présent de ma grossesse pour rester au plus près de mes éprouvés à ce moment-là.

5. L'IVG, interruption volontaire de grossesse, peut légalement être pratiquée en France depuis 2001 jusqu'à la douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée (SA). Lors de la promulgation de la loi Veil du 17 janvier 1975, le délai était de dix semaines, soit douze SA.

6. L'IMG, interruption médicale de grossesse, peut être pratiquée à tout moment au cours de la grossesse en cas d'atteinte grave du fœtus portant atteinte à sa vie ou à celle de sa mère. Elle n'est réalisée que sur avis médical d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

7. L'Insee a recensé 753 000 naissances « vivantes » en France en 2019 (chiffre en constante baisse depuis 2014). Le nombre d'IMG n'est qu'une partie des morts périnatales.

anodin. Qui ne connaît pas de près ou de loin un couple concerné par ce drame ? Quelle place dès lors donner à ces enfants, si peu nombreux et pourtant présents, disparus avant même d'être venus au monde ? Comment la norme sociale, la sphère sociale peut-elle faire une place à ces enfants et au vécu de leurs parents ? La mort périnatale fait partie des thèmes particulièrement difficiles à penser. Il l'est parfois au sein même des familles. Il suscite tristesse, gêne, difficulté de compréhension. Les bébés ne sont pas présentés, ne sont pas montrés au monde. Ils ne sont pas rendus visibles. Leur existence reste dans la sphère de la projection, de l'imagination et du fantasme, comme si rien ne s'était passé, comme si rien n'avait été, comme si l'enfant ne s'était pas inscrit dans une lignée généalogique et encore moins dans un groupe social.

Depuis des siècles, grâce aux progrès médicaux, la mortalité infantile a énormément chuté et l'on ne peut que s'en féliciter. En parallèle, grâce au développement du diagnostic prénatal, de plus en plus de malformations ou maladies sont détectées avant la naissance et le corps médical encourage l'interruption des grossesses avant la naissance de l'enfant si des raisons médicales sérieuses le justifient. Il y a donc tout lieu, me semble-t-il, de considérer avec soin la prise en compte de ces bébés morts avant de naître, dont le nombre, lui, est croissant.

« Les soignants de périnatalité parlent d'un accouchement, d'une naissance et donc d'un enfant à partir de quatre mois et demi de grossesse (22 SA) ou d'un poids de naissance d'au moins 500 grammes » (Charrier et coll., 2018, p. 348). Ces mots, « accouchement », « naissance », « enfants », font sens pour moi. Car c'est bien de la naissance de notre enfant que nous parlons, même si cette enfant est « née les yeux fermés ». Par son existence, et malgré son absence, c'est avec elle, par elle et grâce à elle que nous sommes devenus parents. Parents ayant porté symboliquement et physiquement leur bébé, parents devenus famille, passant du deux au trois, malgré l'absence. C'est un long processus. Si la parentalité débute lorsque l'enfant paraît⁸, celui-ci paraît bien avant sa naissance. Avec lui s'ancre et se développe la parentalité, qui prend une tournure toute particulière lorsque l'enfant disparaît. Nous sommes les parents d'une enfant disparue aujourd'hui. « Vous avez combien d'enfants ? » – toujours le même trouble pour répondre.

8. Je reprends ici le titre d'une célèbre émission de Françoise Dolto sur France Inter (1977), *Lorsque l'enfant paraît*.

DIRE L'HISTOIRE, NOMMER SON VÉCU

« *Mal nommer les choses, jugeait Camus,
c'est ajouter au malheur du monde.
Ne pas nommer les choses,
c'est nier notre humanité.* »
Éric Fottorino, 2013

C'est le premier ?... Ah super, un petit deuxième ! T'es à combien de mois ? Ça se voit déjà beaucoup, normal avec le deuxième. »

Est-ce que la discussion s'arrête après ça ? Comment répondre ? Comment poursuivre ? Nommer, dire – ou choisir de ne pas dire – avec justesse ? Entendre intérieurement les sentiments mélangés que ces phrases provoquent en moi ?

Que dire de ma blessure intime ? Celle qui ne se voit pas mais qui m'a façonnée et continue de le faire ? J'ai eu le temps, depuis six ans, d'expérimenter différentes façons de faire, de trouver la mienne, de choisir ce que je dis, quand et à qui, mon vécu redevenant pour moi quelque chose du registre de l'intime, que je peux choisir de délivrer ou non, quand et comme je le souhaite. J'ai eu le temps de me faire à cette phrase douloureuse, souvent entendue : « T'en n'as qu'un ? », qui questionne par le prisme du manque, de l'insuffisance, du non-achèvement. La norme largement répandue aujourd'hui pour un couple parental non séparé est d'avoir deux enfants. Les données statistiques le confirment (source Insee), mais cette norme est également largement perceptible dans un discours ambiant et généralisé. Cette évocation par la négative de notre schéma familial sous-tend en creux qu'il y a un problème, une anomalie. Mais ne va pas pourtant jusqu'à la prise en compte des enfants absents. *J'ai trois enfants/J'ai eu trois enfants.* Que répondre ? Ma blessure s'est patinée avec le temps, mais la douleur reste toujours là, vivace.

Avec cette nouvelle grossesse cette part intime revient affleurer, que je le veuille ou non, en me faisant de nouveau exister dans la sphère sociale comme une femme appartenant à la catégorie provisoire des femmes enceintes. Mon ventre apparent suscite réactions et commentaires, un type de « bavardage social » que je trouve difficile à supporter tant il semble loin de ma réalité intérieure. Il me semble que la grossesse s'inscrit dans une forte normalisation, banalisation. On parle de « la grossesse » au singulier, comme si cela renvoyait à un vécu partagé et stabilisé. Peut-être parce qu'il s'agit d'une expérience presque universelle, communément partagée, admise comme la norme pour une femme, qui fait dialoguer les générations et les classes sociales. La grossesse s'inscrit en ce sens dans une représentation sociale forte qui, selon la définition de Denise Jodelet (1989, p. 53), représente « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Mon statut retrouvé de femme enceinte autorise à me situer

dans des schémas préconstruits socialement, mais dans lesquels je ne me reconnais pas forcément.

Je suis de celles qui ont porté un de ces enfants aujourd'hui absents et invisibles. De celles qui ont vécu une entrée dans la maternité blessée, abrupte, différente de la norme. De celles qui ont eu si mal qu'il n'y avait plus de mots, plus de pensées et presque plus de pleurs. De celles qui refrènent une pulsion quand on leur dit en rigolant : « Tu vas voir, avec un enfant c'est facile, mais avec deux c'est une autre histoire ! » qui les pousse à répondre cyniquement : « Tu vas voir, avoir un enfant c'est facile, mais en perdre un c'est une autre histoire ! » Je suis *la copine qui...*, je suis de celles dont l'histoire fait peur, à qui l'on adresse un sourire gêné lorsque le récit se fait jour et que les mots se délient.

C'est pourquoi j'ai besoin de dire mon histoire, de nommer mon enfant. Le premier obstacle auquel je me heurte est celui qui consiste à inscrire, s'inscrire, dans un ordre et un dénombrement. Pour un enfant à naître, l'une des premières questions posées, avant ou après celle du sexe, est la position dans la fratrie : aîné, cadet, benjamin, quatrième... Un, deux, trois ; chaque nombre suscitant son lot de commentaires presque toujours semblables : « Avec les aînés c'est comme ci », « Pour un deuxième c'est comme ça », « Avec un troisième c'est sûr que », etc. Je veux bien croire, j'en suis même intimement persuadée, que la place occupée dans le rang fraternel est importante dans la construction de l'enfant et aura des répercussions sur l'adulte qu'il deviendra. Comment nommer alors une aînée disparue, un deuxième qui n'en est pas vraiment un et une troisième qui arrive comme une deuxième ? Il n'est peut-être pas nécessaire de nommer ainsi. Ce n'est peut-être pas si important, ou peut-être que ça l'est au contraire. Ce que je sais, en revanche, c'est le pincement que cela provoque en moi quand on parle de ce bébé qui arrive comme mon deuxième. C'est comme si je perdais ma fille à nouveau, comme si son existence déjà fragile, éphémère et secrète était de nouveau ensevelie. Comme si sa réalité, et mon vécu, n'étaient pas importants.

Il y a ceux qui savent et ceux qui ne savent pas ; je suis plus tolérante évidemment envers ceux qui ne savent pas. Mais mon pincement reste le même, invariablement. Et me pousse à vouloir dire, expliquer. En fonction du cas de figure, je choisis parfois de répondre en expliquant et, parfois, quand le contexte ne s'y prête pas, de ne rien dire. « C'est votre deuxième ? » « ... Oui. » Mais ne rien dire reste douloureux pour moi. Et dire en quelques mots n'est pas très simple non plus, non pas dans le fait de dire, mais dans le fait de recevoir les réactions que cela provoque.

Et puis il y a ceux, pas très proches, qui ont su mais qui ne se rappellent pas vraiment, qui savent sans savoir et qui ont inconsciemment modifié la réalité pour la rendre plus acceptable. Il m'arrive de temps en temps qu'on me dise : « C'est ton troisième, non ? », « Tu en as déjà deux, c'est ça ? » Ces gens-là sont très gênés lorsque je leur rappelle l'histoire de mon premier bébé en quelques mots, mais à moi, sincèrement, ça fait

plaisir. Plaisir que l'histoire soit là, quelque part, même si elle est erronée. Je la préfère ainsi, mon histoire, escamotée ou maladroite mais présente – plutôt qu'oubliée ou déniée.

DU « NON-SUJET » À LA RECONNAISSANCE D'UN SUJET

Dire mon histoire, c'est aussi pouvoir accepter les réactions que cela suscite : gêne, pudeur, silence, excuses balbutiées, vécu singulier ou blessures que cela peut faire remonter chez l'autre, comparaison aux histoires similaires. Après la difficile inscription dans un ordre numéraire, mon deuxième obstacle est celui-là, celui du tabou et de la gêne qui entourent les IMG et la mort périnatale et les réactions maladroites qui en découlent. « La vérité, c'est que la mort d'un enfant fait très peur car elle fait partie des choses impensables. Les gens n'ont pas envie de s'identifier, ils préfèrent se dire que ça n'existe pas. On considère que c'est un non-événement, que ça ne vaut pas la peine d'en parler » (Soubieux, 2008).

C'est sans doute l'une des particularités de la mort périnatale. Au-delà d'être un *sujet tabou*, défini par le Larousse comme « un sujet qu'il serait malséant d'évoquer, en vertu des convenances sociales ou morales », la perte d'un enfant au cours de la grossesse relève d'un autre ordre, celui du *non-sujet*. L'emploi du mot « sujet » que nous donne le Larousse est bien sûr à entendre ici comme « thématique » ou « question » : *le deuil périnatal est une question taboue*. Mais d'un point de vue clinique ce recours à la polysémie du terme « sujet » me semble intéressant ici, car l'usage du mot recouvre à la fois cette idée de question taboue et l'absence de considération de ces enfants en tant que sujets.

Il n'est même pas besoin d'en parler. Pour en dire quoi, de toute façon ? Puisque l'enfant n'est pas venu au monde vivant, il n'existe pas. Le déni social qui entoure la mort périnatale est peut-être à raccrocher à une volonté inconsciente de refuser la violence d'une telle situation. « La lutte contre la violence est peut-être là, dans le désir de maintenir, au moins dans l'imaginaire, quelque chose d'un monde en voie de s'écrouler » (Hatchuel, 2017, p. 209).

Le bébé ainsi parti est évacué, au sens propre comme au sens figuré. Évacué de la mère, évacué de la famille, évacué de l'histoire et de la généalogie, évacué de la société. Évacué aussi de la représentation, de la symbolisation imaginaire. Lorsqu'il m'arrive d'évoquer le fait que j'ai accouché de mon enfant, je sens souvent comme de l'étonnement dans le regard de mes interlocuteurs. Comme si l'on pouvait penser la grossesse, puis l'absence, mais pas la réalité intermédiaire. Comme si le bébé s'était envolé, sans enveloppe charnelle.

Ainsi, la sensibilisation existe peu et la littérature n'est pas très abondante sur le thème ; les professionnels eux-mêmes sont encore parfois bien maladroits dans la prise en charge. Certaines associations de parents endeuillés se battent pour qu'un mot soit officiellement reconnu par la

langue française pour désigner les parents touchés par la mort d'un enfant. Certains parlent de « *par'anges* » (les « *mam'anges* » et les « *pap'anges* »). Si la démarche me semble juste et indispensable, le terme, en revanche, me semble bien romantique et dérisoire pour inscrire ce vécu dans une réalité beaucoup plus crue. La comparaison de mon bébé à un ange ne me parle pas, ne colle pas à ce que j'ai vécu, car relève d'un univers imaginaire, rêveur, divin, céleste et surnaturel – bien loin du réel et du concret de mon expérience. Je n'utilise pas ce mot, mais je salue la volonté de son existence. Il répond à un besoin de lever le voile sur la mort périnatale afin que l'existence de ces enfants et l'importance du vécu des parents ne soient pas annihilées ou écartées, que ces enfants disparus avant de « n'être » puissent être considérés comme des enfants à part entière. Que le déni qui entoure la mort périnatale, le *non-sujet*, fasse place à la reconnaissance de ces enfants en tant que « sujets ».

À l'heure où les injonctions affluent pour « faire son deuil » et « rebondir », ne pourrait-on pas se reconnecter à la nécessité de « vivre » le deuil, de traverser l'épreuve de la perte dans ses aléas et son caractère itératif et non linéaire ? À la nécessité de mettre des mots dessus afin que le « travail » du deuil, ce moment où l'on parvient à « créer quelque chose à partir d'une absence » (Leader, 2010), puisse s'effectuer ? Mais ce n'est pas si simple. Encore faut-il que l'absence puisse être reconnue.

VIOLENCE MÉDICALE, VIOLENCE INSTITUTIONNELLE, VIOLENCE SYMBOLIQUE : DE QUELLE SOUFFRANCE PARLE-T-ON ?

« Jusque dans les années 1980, une véritable "conspiration du silence" (Rousseau, 1988) s'était installée autour des naissances d'enfants morts : la mère accouchait sous anesthésie générale ou derrière un champ opératoire pour qu'elle ne puisse rien voir. Elle était isolée, évitée des soignants, le retour à la maison précipité, la rencontre avec l'enfant impensable et les rituels funéraires étaient escamotés. Les soignants pensaient protéger les parents d'une trop grande souffrance et probablement s'épargnaient ainsi d'être eux-mêmes confrontés à la réalité de la mort à laquelle leur formation ne les avait pas préparés » (Charrier et coll., 2018, p. 347). Ce n'est qu'à partir des années 1980 que des psychiatres et psychanalystes ont montré dans leurs travaux que l'impossibilité de voir l'enfant mort et d'effectuer les rites funéraires interrompait le travail de deuil au stade du déni (*Ibid.*). « Depuis ces travaux, il est considéré que le décès d'un nouveau-né en maternité entraîne la nécessité d'un véritable travail de deuil. Pour engager ce travail de deuil, les parents, la famille mais aussi l'équipe soignante doivent prendre conscience de la perte d'un enfant que souvent la société ne reconnaît pas » (*Ibid.*).

La considération du deuil périnatal est récente, les équipes soignantes avancent pas à pas et il y a encore à faire pour progresser dans la prise en compte du vécu des familles. Je salue pourtant l'avancée des travaux et

les changements opérés dans la prise en compte des enfants morts-nés, dont j'ai pu bénéficier dans ma propre expérience. Combien de femmes ayant perdu un enfant à l'époque où l'on taisait cette souffrance portent encore en elles le deuil impossible de leur enfant ? Combien d'enfants « nés après » ont été impactés par ces vécus, ces silences, cette souffrance non dite et évacuée, majorée par le déni ?

Depuis le 30 novembre 2001 une circulaire permet la déclaration à l'état civil d'un enfant mort-né à partir du moment où il est considéré comme « viable » par l'OMS⁹. Les enfants ainsi « nés sans vie », c'est le terme officiel, sont obligatoirement inscrits à l'état civil et les parents peuvent s'ils le souhaitent lui donner un prénom, bénéficier d'un livret de famille, organiser des obsèques et obtenir un congé maternité. Et, comme l'a gentiment rappelé l'officière d'état civil à mon compagnon venu à la mairie le lendemain de l'accouchement pour faire la déclaration de naissance de notre enfant sans vie, « ça fait des points pour la retraite ! »... À ces maladroites récurrentes, au cynisme s'ajoute parfois une autre forme de violence institutionnelle, à laquelle je me suis heurtée de plein fouet lorsque j'ai voulu constituer mon dossier pour la prise en charge de ce nouveau congé maternité. Il m'a fallu plusieurs échanges houleux avec la Sécurité sociale avant que cette grossesse puisse être comptabilisée comme une troisième et que mon congé maternité soit pris en charge en conséquence¹⁰. Que mon enfant « née viable », même si elle n'est pas une « enfant à charge », puisse être reconnue.

Si la détermination d'un encadrement légal et réglementaire me semble indispensable, il reste encore bien des aspects à réfléchir et à penser au niveau sociétal pour accompagner la mort périnatale, et plus largement les décès d'enfants. Au moment même où je bataillais avec la Sécurité sociale, le gouvernement discutait de l'allongement de la durée du congé légal pour les parents confrontés au décès d'un enfant. Comment se peut-il, en janvier 2020, qu'un hémicycle entier s'écharpe sur un nombre de jours et sur les modalités de prise en charge financière de ces jours de congé, sans mettre au cœur du débat la prise en compte du deuil et l'accompagnement des parents dans son ensemble ? Comment, alors que la thématique n'est que rarement traitée, peut-elle l'être au niveau médiatique à travers une querelle dérisoire, voire indécente ? Voter douze jours de congé au lieu de cinq n'est certainement pas une victoire et ne clôt pas le débat pour des parents dont la vie bascule et dont la complexité de l'événement auquel ils se trouvent confrontés mérite un accueil, un traitement et une prise en charge réelle bien au-delà d'un congé dérisoire accordé par un employeur

9. Rappelons-le, à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou dès lors qu'il a atteint 500 grammes.

10. 26 semaines, comme le prévoit le code de la Sécurité sociale, contre 16 semaines pour une première ou une deuxième grossesse.

dont la compréhension de la situation n'est pas assurée. Pourquoi ne pas laisser aux équipes médicales le soin d'accompagner les parents et de définir au cas par cas ce qui semble juste pour chaque situation ?

LA CLINIQUE EN SOUTIEN

Face à une telle situation et à d'autres tout aussi douloureuses, savoir quelle attitude adopter est une question essentielle. Il y a ce que chacun ose ou n'ose pas dire, ce qu'il pense qui peut aider mais qui n'aide pas, ce qui au contraire semble anodin mais qui ne l'est pas. Il y a la crainte de faire un faux pas, de blesser, de ne pas être juste. Face à cela, pouvoir nommer sa situation et son ressenti me semble être un élément de réponse afin d'entamer un dialogue réel avec l'autre.

En ce qui me concerne, c'est à travers l'IMG que j'ai compris, au sens de « ressentir », ce qu'était l'approche clinique. Je ne m'étais jamais posé la question avant, la clinique était alors un mot inexistant pour moi et ce n'est qu'après que j'ai pu mettre des mots dessus. Au moment de « l'événement¹¹ », j'ai été accompagnée par plusieurs professionnels qui m'ont écoutée, et entendue. Qui m'ont accompagnée au plus près de ce que je vivais. Et cela a été une expérience d'une grande richesse pour moi, qui m'a permis de donner du sens à cette épreuve et d'entamer un chemin vers la découverte de l'approche clinique.

Lors du premier entretien avec notre sage-femme pour effectuer la préparation à la naissance de ce nouvel enfant, j'ai revécu une expérience clinique avec celle qui nous avait accompagnés lors de nos deux précédentes grossesses. À la seconde où nous lui avons rappelé notre histoire elle s'est muée dans une présence pleine et entière, une attention réelle et sincère. Elle a accueilli avec finesse et humanité les mots que nous avions à lui dire, les pleurs qui sont remontés. Dans une écoute et une posture clinique « au plus près » de ce qu'il se passait, dans un accueil habité de ce que nous avions à dire, de ce dont nous avons besoin à ce moment-là. Elle a pu « écouter », au sens d'« entendre l'inaudible » (Hatchuel, 2017, p. 212). Une heure avec elle m'a permis à moi de « déposer » mes pensées confuses et sentiments contradictoires, de « me déposer », de m'accueillir, de continuer à élaborer. Après ce rendez-vous j'ai ressenti de façon beaucoup moins vive ce besoin pressant de dire ; car j'avais pu être entendue et soutenue à la hauteur de mon besoin à ce moment-là, dans une « écoute clinique » telle que la décrit Yves Mairesse à propos de l'écoute et du dialogue : « Le clinicien entre alors dans un rapport existentiel et herméneutique avec l'autre – existentiel par l'accueil de la parole singulière

11. Selon l'acceptation de la sociologie clinique et la définition de Michel Legrand (1993) : « Un événement est considéré comme une catégorie biographique lorsqu'il représente, dans une histoire de vie, un moment de changement, un moment de rupture. »

et de ses propres réactions affectives tout en les contenant, herméneutique par le souci d'en percevoir le sens et de questionner à la fois la parole de l'autre et sa propre réaction à cette parole » (Mairesse, 2019, p. 220).

L'écoute clinique consiste à « accepter et prendre le risque de l'incertitude » (*Ibid.*), Yves Mairesse convoque en cela les propos de Fabienne Hanique : « La démarche clinique rompt avec la méthode expérimentale, avec la position du savant qui s'appuie sur des lois pour produire un discours de vérité » (*Ibid.*). Cet apport de la clinique me semble crucial tant il s'agit là de produire du sens et de la connaissance en favorisant le dialogue avec les sujets concernés.

C'est précisément ce qui m'a amenée sur le chemin de l'approche clinique et sur la compréhension de la nécessité de pouvoir dire son vécu pour le mettre en sens, l'accepter, l'incorporer – et se dégager du « bavardage social » difficile à accepter. Pour entendre le signifiant des choses, comprendre que les détails n'en sont pas et sentir que l'innommable – ou l'innommé – crée du trouble en soi.

Pour exister en tant que sujet, j'ai besoin que mes mots puissent être entendus. J'ai besoin de les penser avec d'autres, de les partager, de les affiner, voire d'en inventer de nouveaux si les mots existants sont insuffisants ; d'ouvrir la voie du récit et de l'écrit, de le confronter à d'autres, pour partager et élaborer collectivement autour des expériences vécues, pour donner une place aux difficultés et aux souffrances devenues ainsi moins lourdes à porter. Quel soulagement parfois de « s'entendre » dans les mots d'un autre ! Et quel soulagement peut-être pour d'autres de s'entendre dans ses propres mots !

Du côté des professionnels, il y a encore à faire pour parfaire la formation clinique des soignants (et des agents administratifs en situation de réception de public) à l'écoute des situations afin de les rendre en mesure d'entendre et d'accompagner le vécu des familles, particulièrement lorsque celui-ci touche à la mort, et ne pas reproduire la violence : « Pour Georges Gaillard, "les manifestations de la pulsion de mort se déclinent sous le mode du collage, du rejet, du morcellement, du clivage. Leur violence menace sans cesse de détruire la professionnalité des professionnels du soin et du travail social et de défaire dans le même temps l'indispensable lien entre le professionnel et son groupe d'appartenance" [...]. Car la pulsion de mort, pour cet auteur, c'est ce qui, n'étant pas parvenu à se transformer et se relier, va revenir à l'identique. Une part du travail de l'analyste des pratiques consistera alors à donner forme à ce non lié afin de se déprendre de la répétition » (Hatchuel, 2012, p. 130).

Il s'agit là d'opérer un vrai travail d'accompagnement des professionnels, par un travail en analyse des pratiques ou en supervision, un travail de mise à jour et de mise en sens pour apporter une plus grande considération de ces questions dans la sphère professionnelle et, par effet de propagation, dans la sphère sociale. « Mais comment faire face lorsque le monde s'écroule ? Comment échapper au chaos, parvenir à trier et organiser, tout

en le faisant à partir de la réalité du sujet et pas contre elle ? (Hatchuel, 2017, p. 212). Comme le propose Françoise Hatchuel à propos de l'interruption de la transmission de la violence dans l'œuvre de Doris Lessing, il s'agit de faire avec « la difficulté et la nécessité d'écouter et de faire vivre en soi la conflictualité et la multiplicité » (*Ibid.*).

C'est ce qui m'a été proposé par les professionnels qui m'ont accompagnée et c'est ce que je tente à mon tour d'effectuer avec les sujets que j'accompagne dans l'élaboration de leurs propres vécus, afin qu'ils puissent se constituer une alternative au « discours de vérité » et se dégager des normes sociales qui parfois empêchent de penser. Je rejoins en ce sens la définition que donne Christophe Niewiadomski (2019) de la clinique narrative qui privilégie l'écoute des sujets plus que l'observation d'objets. Passant ainsi d'une clinique du regard à une clinique de l'écoute, il ne s'agit plus tant d'observer des individus que de tenter de comprendre, à travers l'écoute de leur récit et de leur réalité subjective, la complexité de leurs conduites et la façon dont leur récit singulier nous renseigne également au niveau social. « Cette attention portée au discours du sujet, à la manière dont il biographie ses expériences, renseigne ainsi deux registres de connaissance étroitement articulés : le fonctionnement singulier d'un sujet agi par une économie psychique et une trajectoire toujours singulière, mais également sur la genèse socio-individuelle de l'individu contemporain » (Niewiadomski, 2019, p. 126). L'approche clinique me semble d'autant plus essentielle qu'elle vise à se démarquer d'une posture experte et savante. Je ne sais pas ce que les autres vivent, ni comment ils le vivent, car eux seuls peuvent me le dire. Mais je sais à quel point la posture joue un rôle essentiel dans le travail d'accompagnement.

Il me semble ainsi qu'au-delà des histoires et des vécus singuliers c'est à une mise en commun de notre humanité que nous œuvrons, et c'est ce qui nous aide à cheminer dans une compréhension individuelle et collective de notre monde et de son *chaos*.

BIBLIOGRAPHIE

- CHARRIER P. ; CLAVANDIER G. ; GOURDON, V. ; ROLLET, C. ; SAGE-PRANCHÈRE, N. (sous la direction de). 2018. *Morts avant de naître, la mort périnatale*, Tours, PUF.
- FOTTORINO, É. 2013. *Suite à un accident grave de voyageur*, Paris, Gallimard.
- HATCHUEL, F. 2012. « Soutenir le travail : une posture psychique face au chaos », *Connexions*, 97, 119-135.
- HATCHUEL, F. 2017. « Du risque filicide au care : la transmission de la violence et son interruption dans l'oeuvre de Doris Lessing », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 24, 205-219.
- JODELET, D. (sous la direction de). 1989. *Les représentations sociales*, Paris, Puf.
- LAFERRIÈRE, D. 1996. *Pays sans chapeau*, Québec, Lanctôt.
- LEADER, D. 2010. *Au-delà de la dépression, deuil et mélancolie aujourd'hui*, Paris, Payot.

- LEGRAND, M. 1993. *L'approche biographique : théorie, clinique*, Paris, Hommes et perspectives/Epi.
- MAIRESSE, Y. 2019. « Écoute clinique », dans P. Fugier et A. Vandeveldel (sous la direction de), *Dictionnaire de sociologie clinique*, Toulouse, érès.
- NIWIADOMSKI, C. 2019. « Clinique narrative », dans P. Fugier et A. Vandeveldel (sous la direction de), *Dictionnaire de sociologie clinique*, Toulouse, érès.
- POIRIER COURBET, L. ; Seret, I. 2019. « Écriture », dans P. Fugier et A. Vandeveldel (sous la direction de), *Dictionnaire de sociologie clinique*, Toulouse, érès.
- SOUBIEUX, M.-J. 2008. *Le berceau vide, deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Toulouse, érès.
- VANDEVELDE-ROUGALE, A. ; FUGIER, P. (sous la direction de). 2019. *Dictionnaire de sociologie clinique*, Toulouse, érès.

LA CONSTRUCTION D'UNE POSTURE DE CLINICIENNE À TRAVERS L'ACCUEIL ET L'ÉLABORATION D'UN ÉPROUVÉ SOCIALEMENT IMPENSÉ : LE DEUIL PÉRINATAL

RÉSUMÉ

Cet article propose, par le biais d'une écriture clinique articulant le registre du vécu et celui de la réflexivité, de montrer l'importance de la posture clinique dans l'accueil et l'accompagnement de sujets confrontés à une situation difficilement pensable au niveau social, celle de la perte d'un enfant au cours d'une grossesse. L'invisibilité des enfants nés sans vie, la difficile considération du deuil périnatal, la prégnance des normes et représentations sociales qui entourent la naissance sont autant d'éléments à réinterroger pour accroître la capacité des professionnels et de l'entourage dans l'accompagnement de parents endeuillés. L'auteure montre également comment un événement biographique particulièrement impactant peut être un point de contact essentiel avec la nécessité d'une approche clinique permettant d'élaborer à partir de son propre vécu.

MOTS-CLÉS

Approche biographique, écoute clinique, deuil périnatal, clinique narrative, événement, sujet tabou.

PERINATAL GRIEF: THE CONSTRUCTION OF A CLINICAL POSTURE THROUGH THE WELCOMING AND ELABORATION OF A SOCIALLY UNTHOUGHT-OF EXPERIENCE

ABSTRACT

Combining subjective experience and clinical reflexivity, this article highlights the importance of clinical posture in welcoming and supporting subjects confronted with the loss of a child during pregnancy, a situation that society struggles to grasp. Professionals and relatives supporting bereaved parents need to question and revisit elements such as the invisibility of children born lifeless, the difficult consideration of perinatal grief, or the weight of social norms and representations. This article also shows how a particularly impactful biographical event can act as an essential point for realizing the necessity of a clinical approach, enabling one to elaborate from one's own experience.

KEYWORDS

Biographical approach, clinical listening, perinatal grief, narrative clinic, event, taboo.