



Accompagner les personnes et le système familial lors d'un deuil périnatal

Dominique MERG-ESSADI

Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie et psychopathologie, praticienne EMDR Europe certifiée

Chargée de recherche PSInstitut Strasbourg

Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

Présidente de l'association « Nos Tout-Petits d'Alsace »

dominique.essadi@gmail.com

Résumé

La spécificité du deuil périnatal est que la perte vécue par les parents se double d'une non-reconnaissance de cette perte par l'entourage, qui a souvent tendance à minimiser leur douleur. Pour les proches, l'enfant n'est pas vraiment « né », il n'a « pas encore vécu », il n'a pas créé de liens, de souvenirs. Cet article propose, à travers quelques vignettes cliniques, de décrire le processus de guérison qui permet, d'abord aux personnes de se reconstruire, mais aussi au système familial de retisser du lien autour de la déchirure qu'a provoqué l'événement.

Abstract : Supporting Individuals and the Family System during Perinatal Bereavement

Perinatal bereavement is specific in that the loss experienced by the parents is coupled with a lack of recognition of this loss by those around them, who often tend to minimize their pain. For people close to them, the child is not really "born", he has "not yet lived", he has not created links or memories. This article proposes, through a few clinical vignettes, to describe the healing process which allows parents to rebuild themselves, but also the family system to re-establish ties around the tear caused by the event.

Mots-clés

Deuil périnatal – Système familial – Accompagnement du deuil

Keywords

Perinatal Bereavement – Family System – Bereavement Support

INTRODUCTION

Le système familial percuté par le deuil périnatal

Le présent article fait suite à une précédente publication (Merg-Essadi 2023) dans laquelle nous interrogeons la définition du système familial dans les cas de décès d'un enfant avant terme ou peu après la naissance. Les enfants morts précocement, et surtout mort-nés ou décédés avant le terme de la grossesse confrontent les parents aussi bien que leurs proches à une question qui n'est pas vécue de la même manière par les uns et les autres : ces enfants disparus trop tôt font-ils partie de la famille ? Comment donnent-ils lieu à un processus de deuil ? Ces petits êtres non advenus au groupe des vivants posent le problème d'une divergence de vécu entre les mères qui les ont portés, les ont sentis en elles, et les autres membres de la famille, qui ne sauraient les investir semblablement puisque, à la différence d'autres proches défunts, ils n'ont pas eu l'opportunité de les voir, ni le temps de les connaître.

La question de la place de l'enfant mort précocement percute la définition d'un système familial que l'on verrait comme une entité objective organisant les relations entre ses membres. Comme tout système, le système familial n'existe pas dans la réalité : c'est un modèle, une représentation de la réalité. Le constat de la disparité des vécus autour de l'enfant mort (disparu pour les uns, jamais advenu pour les autres) montre que la famille n'est pas un tout objectif, mais qu'elle est d'abord dans la tête de ses membres en tant que représentation partagée (ou pas, ou partiellement). On pourrait dire que chacun porte en lui son propre système familial, et que « le » système familial, s'il existe, est la représentation que s'en ferait un observateur extérieur, le psychologue par exemple (Merg-Essadi & Bacqué 2022).

La difficulté pour les parents d'un enfant disparu précocement, pour les mères en particulier, est souvent de trouver un accord auprès de leurs proches sur une telle représentation partagée, intégrant les membres vivants de la famille, mais aussi ces êtres invisibles. L'accompagnement de ce deuil est très particulier, puisqu'il faut, en quelque sorte, pouvoir faire exister un objet avant d'accepter de le perdre.

Nous avons étudié la spécificité du deuil périnatal et l'évolution des pratiques dans ce domaine, en écho également à nos travaux antérieurs (Merg-Essadi 2010, Bacqué & Merg-Essadi 2013, Bacqué & al. 2018a et b).

La spécificité du deuil périnatal, par rapport au deuil en général, est la blessure des parents liée à la non-reconnaissance de la valeur de la perte par l'entourage. En effet, les proches des parents qui perdent un enfant en période périnatale auront tendance à minimiser la douleur que peuvent éprouver ces parents-là. L'enfant n'est pas vraiment « né », l'enfant n'a « pas encore vécu » l'enfant n'a pas créé de liens, de souvenirs.

Certes, l'intention des proches est de soulager la peine, de consoler, et pour cela ils nient l'existence de cet enfant-là. Par-là, l'enfant mort en période périnatale ne fait pas famille.

Dans le texte qui suit, nous proposons, à travers quelques vignettes cliniques, de décrire ce processus de guérison qui permet, d'abord aux personnes de se reconstruire, mais aussi au système familial de retisser du lien autour de la déchirure qu'a provoqué l'événement.

Notre parcours dans l'accompagnement du deuil périnatal

Comme nous avons évoqué la question du positionnement de l'intervenant « extérieur » par rapport au système familial et à ses membres (Merg-Essadi & Bacqué 2022), il est pertinent de rappeler notre parcours personnel, qui nous a amené à accompagner depuis des positions parfois différentes des personnes en deuil de leur enfant.

Notre travail est parti du constat du déni du manque éprouvé par une femme enceinte dont l'enfant meurt au cours de la grossesse. Notre expérience de fille, de femme, de mère, de sage-femme et de psychologue, nous ont conduit à rencontrer ces femmes. Pour chacune, la première demande était d'être reconnue comme souffrant d'une perte, ensuite, le besoin de ne pas être la seule à vivre cette douleur, et enfin, d'être comprise. Notre écoute et la prise en considération du vécu subjectif de chacune ont participé à créer une relation de confiance, ou plus exactement, un transfert. Ces femmes ont compté sur nous pour leur offrir un cadre où elles pouvaient rencontrer des pairs, parler de leur souffrance et parler de l'enfant disparu.

Dans les années 1980, la pratique dans les hôpitaux était plutôt d'escamoter ce qui pouvait générer de la peur ou de la tristesse. La conception paternaliste de la médecine visait à « épargner » le malade. De fait, les médecins ne faisaient pas la « visite » quotidienne dans ces chambres-là. La femme était auscultée en aparté, en silence, et si son état de santé le permettait, elle rentrait à son domicile au plus vite. L'idée sous-jacente était « qu'elle s'éloigne de ce lieu, afin d'oublier au plus vite ». On sommait les femmes de « faire leur deuil » tout en niant l'objet du deuil.

Les travaux de Pierre Rousseau (2001) ont été parmi les premiers à rendre compte de ce que pouvaient éprouver ces femmes. Il a pu mettre en évidence les séquelles psychiques liées à la perte de l'enfant, mais aussi au manque de soins portés à la mère. Ses conclusions amènent à préconiser un accompagnement bienveillant. « *Les complications transgénérationnelles du deuil périnatal pourraient être en partie évitées par un accompagnement bien pensé au moment de la perte, lors des grossesses suivantes et à l'occasion des rencontres des professionnels de la santé avec des parents endeuillés. La connaissance de ces complications et surtout une écoute attentive permettent d'en déceler les symptômes* » (Rousseau 2001, p. 133).

Nos recherches historiques sur les rites funéraires destinés aux enfants de l'Antiquité à nos jours (Bacqué et al. 2018a et b) ont montré qu'au Moyen-Âge, les parents acceptaient la mort de leur enfant dans la mesure où ils pouvaient obtenir des « indulgences » pour gagner le ciel. Les travaux ultérieurs, dont ceux de Monique Bydlovski (2008) et d'Antoine Guedeney (2004), sur les traumatismes transgénérationnels, ont conforté ces hypothèses, en particulier dans les situations de deuil périnatal. Au XX^e siècle en Occident, avec la perte de religiosité et la mise en avant de la psychologie personnelle, l'expression du deuil parental est remise au goût du jour.

Ce n'est que dans les années 1990 que l'on peut constater une évolution dans la prise en charge de ces femmes ; il devient possible de reconnaître qu'il y a un enfant, même lorsqu'administrativement il n'a pas d'acte de naissance.

Afin d'apporter une réponse à la demande des parents de ne pas se sentir isolées, nous avons commencé la mise en place des groupes de paroles. Puis la création de l'association de soutien au deuil périnatal Nos Tout-Petits Alsace a donné un cadre aux activités d'accompagnement des femmes et des hommes confrontés à la perte d'un tout petit.

Nous notions d'emblée, à l'époque, que la famille est affaire de places occupées par leurs membres, puisque certaines femmes viennent avec leur mère, d'autres avec leur fille. Cette question de la place de l'enfant mort dans la famille, du besoin de s'identifier à des pairs dans des groupes de paroles, interroge sur ce qui fait famille sur le plan systémique.

L'histoire et l'anthropologie apportent des repères sur la possible prise en compte de l'enfant mort avant ou peu après sa naissance et « *nous savons maintenant que ces morts confisquées, camouflées, sont autant de « ratages » de l'inscription de ces sujets « en devenir » dans un ordre symbolique, dans un monde humain et cosmique et dans une psyché parentale.* » (Le Grand-Sébillé 2004). La psychologie intégrative nous autorise une analyse fondée sur les apports de la psychanalyse, augmentée de ceux de la psychothérapie par EMDR.

À titre d'exemple, nous allons rapporter quatre situations dans lesquelles les parents confrontés au deuil périnatal sont venus adresser une demande à l'association. Ces situations vont alimenter la discussion sur l'intégration d'un enfant à naître dans une famille et la dynamique des places lorsque l'enfant meurt. Cela renvoie à la question que nous avons étudiée (Merg-Essadi 2022) : Comment faire le deuil d'un enfant lorsqu'il n'y a plus, voire qu'il n'y a jamais eu, d'enfant, selon les points de vue ?

1. SITUATIONS CLINIQUES : IMPLICATION DE LA FAMILLE AUTOUR D'UNE MORT PÉRINATALE

Les quatre situations sont des demandes adressées par ou pour un membre de la famille à l'association Nos Tout-Petits Alsace. Dans un souci d'anonymat, les prénoms ont été remplacés.

Première situation : Viviane demande de l'aide pour sa sœur Mélodie

Viviane a rejoint le groupe de paroles en visioconférence. Son conjoint et elle s'étaient déjà rendus à un groupe de paroles en présentiel à Mulhouse. Étant donné que les deux parents souhaitaient participer au groupe, il leur fallait un mode de garde pour leur fils aîné de deux ans, Marin. Aussi, ils ont préféré rejoindre le groupe de paroles proposé en visioconférence.

Rappelons ici que, depuis la période de la Covid, l'association NTPA propose toujours des groupes en visioconférence, un mois sur deux.

Viviane et son conjoint ont pu parler de leur second fils, Théo, mort à un jour de vie. L'écoute des participant(e)s et leurs messages d'empathie leur auront permis d'exprimer leur désarroi, leurs sentiments de solitude et d'impuissance. Viviane et son mari se sont sentis compris par ce groupe ; ils ont participé à quatre séances.

Deux ans plus tard, Viviane recontacte l'association. Elle nous annonce être enceinte. Pour Viviane et son conjoint, c'est une véritable bonne nouvelle, un projet qui se réalise.

En revanche, ce qui l'a motivée à revenir vers l'association, est son inquiétude vis-à-vis de sa sœur, Mélodie. Cette dernière ne peut pas accepter l'idée que Viviane et son conjoint attendent un deuxième enfant, alors qu'elle-même éprouve encore le manque de son neveu Théo.

Nous en parlons en supervision, afin de réfléchir ensemble à la réponse à donner à Viviane au sujet de sa sœur. Deux options sont alors suggérées : inviter la sœur de Viviane à rejoindre le groupe spécifiquement dédié au thème de « l'enfant d'après » et/ou qu'elle prenne rendez-vous avec une psychologue particulièrement spécialisée en deuil périnatal (Bacqué & Merg-Essadi 2013). Nous transmettons donc les coordonnées de M.-F. Bacqué, responsable des supervisions destinées aux bénévoles animatrices(teurs) de groupes de paroles.

Selon Viviane, Mélodie a apprécié la prise en considération de ce qu'elle ressentait, s'est sentie légitimée dans l'ambivalence vis-à-vis de la grossesse de sa sœur suivant le décès de Théo. À ce jour, elle n'a pas fait la démarche de contacter, ni la psychologue, ni l'association. Rassurée, elle est parvenue à exprimer ses peurs, son ambivalence, et la gêne vis-à-vis de Viviane. Viviane et son conjoint avaient déjà entendu au cours de leurs participations aux groupes, la possibilité de sentiments paradoxaux, voire hostiles à l'annonce d'une nouvelle grossesse. D'avoir pu entendre ce type de réaction de la part des parents eux-mêmes, ou de membres de l'entourage, les a aidés à accueillir avec bienveillance les sentiments contradictoires de Mélodie. Parallèlement ils sont restés attentifs aux ressentis exprimés par leur fils aîné, Marin, et ont à nouveau rejoint le groupe en visioconférence « l'enfant d'après » pour en parler.

Dans notre expérience au sein de l'Association Nos Tout-Petits d'Alsace, nous avons eu l'occasion d'intégrer différentes femmes de la famille de la femme ayant perdu un enfant dans la période périnatale : mère, sœur ou fille. Chacune a trouvé sa place dans le groupe d'endeuillés. Nous avons ainsi pu accueillir la sœur d'une endeuillée, sans que celle-ci ni son conjoint ne participe au groupe. Le groupe l'a intégrée, légitimant ses ressentis et son travail de deuil. Dans un autre cas, la sœur aînée d'un petit décédé au cours de la grossesse de sa mère a souhaité rejoindre l'association. Cette jeune fille a prêté main forte pendant un an à l'association pour la fonction de communication sur les réseaux sociaux.

La trajectoire de deuil est propre à chaque sujet. Dans ce cas-ci, le travail direct auprès de Viviane aura permis d'accompagner indirectement Mélodie dans ses mouvements psychiques inhérents à son propre travail de deuil. Nous ne pouvons bien sûr pas pousser plus loin l'interprétation de ce qui s'est joué pour Mélodie, ne l'ayant pas rencontrée.

Deuxième situation : Célia s'inquiète des effets de ses pleurs incontrôlables sur son fils

Célia a consulté dans les suites de la perte de son fils Liam. Grâce à sa participation aux groupes de paroles, Célia dit avoir accepté la perte de cet enfant-là. Pour autant, elle a régulièrement des accès de larmes incontrôlés. Or, elle perçoit la perplexité de son premier fils, Léo, âgé de 4 ans, lorsque ses accès de larmes la submergent. Célia dit ne plus ressentir de tristesse, et souhaiterait apaiser ces réactions incontrôlées. Lorsqu'elle pleure, son fils se comporte en parent lui-même, cherche à la consoler. Il la regarde désespéré, s'excuse pour un rien, se croit responsable. Célia ressent un véritable malaise. Son conjoint souhaiterait l'aider, mais ne sait pas quelle attitude adopter, il se sent impuissant

Aussi, nous proposons une psychothérapie par EMDR¹. L'effet escompté est obtenu rapidement, après trois séances. Célia parvient aisément à parler de Liam sans pleurer. Elle trouve une juste place pour chacun dans la fratrie. Célia a mentalisé la perte de Liam et vit pleinement sa relation à son entourage familial. Soulagée, elle continue sa participation au groupe « l'enfant d'après » et s'associe aux échanges sur le thème de la fratrie. Ses réflexions nourrissent le groupe sur l'attention à porter à toute la fratrie, incluant les enfants nés avant la mort d'un tout-petit.

Célia n'a pas pour l'instant pu s'engager dans l'association pour participer à l'accompagnement des autres parents, mais continue de suivre les activités de l'association. Convaincue des bienfaits de la psychothérapie EMDR, elle s'est documentée et la recommande aux personnes se plaignant de ne pas parvenir à « digérer » tel ou tel événement, accepté intellectuellement, mais qui ressurgit à l'occasion de réactivations déstabilisantes. Son fils aîné

1. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, l'EMDR est une psychothérapie par mouvement oculaires qui cible les mémoires traumatiques des individus

va parfaitement bien et elle nous a annoncé une troisième grossesse, pour laquelle elle a rejoint le groupe « l'enfant d'après ». Son objectif est d'aider les autres parents, considérant que la prise en charge dont elle a bénéficié a été salvatrice pour elle et sa famille. Le groupe de paroles « l'enfant d'après » a émis l'hypothèse que Léo lui-même avait intégré la mort de son petit frère, et que l'expression des accès de tristesse de sa mère pouvait lui faire penser qu'il en était lui-même responsable. Chaque participante a pu développer les réactions singulières des membres de la fratrie. L'idée de la conception d'un livre destiné à la fratrie a émergé de ces échanges. Nous avons proposé d'explorer dans un premier temps les ouvrages existants. La créativité dans le domaine du deuil périnatal est très riche. À la disparition du réel, l'imaginaire et le symbolique se développent. Devant la diversité des initiatives de parents endeuillés, l'Association Nos Tout-Petits d'Alsace a décidé d'investir dans un fonds de livres pour enfants et proches des parents endeuillés. Grâce au partenariat avec deux librairies associatives, à Strasbourg et à Mulhouse, ces ouvrages sont mis à disposition des familles concernées. Les parents dont l'enfant est mort ont trouvé un prolongement à la vie de cet enfant-là, et partagent par l'écriture et par l'illustration, les éléments de vie fantasmée et vécue.

Troisième situation : Basile, le nouveau compagnon d'Estelle

L'enfant mort à la naissance peut-il continuer à faire famille lorsque le couple se sépare ? Nous avons intégré dans un groupe fermé Basile, le compagnon d'Estelle, une mère endeuillée de son premier enfant, séparée du père. Ce groupe s'est poursuivi plus d'un an, jusqu'au déménagement du couple. Estelle est restée amie avec les participantes du groupe et a pu mener à terme une nouvelle grossesse avec son compagnon Basile.

Le premier enfant décédé a une place, c'est clairement le premier enfant de la famille pour ce couple et pour l'enfant suivant. Cette reconnaissance du premier enfant, un fils, était un préalable incontournable pour cette mère dans sa relation de couple. Estelle se présentait à toutes et tous comme fusionnelle avec son premier fils. Cet équilibre semblait fonctionner, Basile acceptait cette configuration familiale et la place qu'il pouvait y prendre.

Nous avons accueilli plusieurs femmes séparées du père de l'enfant décédé. Certaines se sont investies en tant que bénévoles dans l'association. Le plus souvent les nouveaux compagnons sont présents lors des événements collectifs auxquels ces femmes participent, comme la Journée mondiale du deuil périnatal en octobre, ou la rencontre familiale de décembre, appelée par les parents endeuillés « le Noël des tout-petits ». En revanche, il est plus exceptionnel qu'ils participent assidûment aux groupes de paroles comme Basile.

Se sentent-ils pères du petit décédé ? Sont-ils solidaires de leur compagne endeuillée ? Comment cet enfant-là pourra-t-il être présenté à la fratrie ? Est-ce que la nouvelle famille va le compter dans ses membres ? Comment la belle-famille prendra-t-elle en compte ce petit mort qu'ils n'ont jamais connu ? Il semble que ce soit la mère qui fasse « exister » ou non l'enfant décédé, par son discours.

« Toute vie vaut la peine d'être vécue, aussi courte soit-elle », disait Dolto. Son analyse de la souffrance de la mère fait écho aux paroles entendues dans les groupes : « *La mort de qui elle aime met toujours la femme en question ; mais la mort d'un enfant, fille ou garçon, c'est plus, c'est sa disparition, peut-être la ruine symbolique qu'elle avait donné à sa vie, en même temps qu'elle avait donné à cet enfant la vie. C'est aussi le deuil de son narcissisme excentré sur l'enfant qui rencontre dans cette épreuve l'expression de la douleur de son conjoint. Il réagit souvent complètement différemment d'elle à sa souffrance. Elle rencontre la douleur des autres membres de la famille, parfois leur indifférence, quelque fois chez les frères et sœurs l'absence de la peine, sinon la réjouissance (un rival en moins). Que d'épreuves, d'impuissance et de solitude !* » (Dolto 1996, p. 296).

Les réactions de Basile ont toujours consisté à valider celles d'Estelle. Il acquiesçait à ses moindres paroles et attitudes corporelles. Lorsqu'elle se révoltait, il acquiesçait, lorsqu'elle exprimait une haine envers les femmes enceintes, il acquiesçait. Cette réplique systématique nous a interrogée en supervision. Cet homme s'est fondu aux attentes d'Estelle, le couple s'est constitué ainsi. Par contre, lorsque les parents d'Estelle se sont voulus consolateurs, tâchant de relativiser la perte de cet enfant, tentant d'apaiser la colère de leur fille. Estelle n'a pas pu le supporter. Basile continuant à valider le ressenti d'Estelle, cette dernière a fini par rompre d'avec ses propres parents. La possibilité d'être validée comme mère d'un enfant décédé par ses propres parents est importante pour la reconstruction de l'identité.

Nous avons su, par le lien qu'elle a conservé avec le groupe, qu'elle a déménagé, puis a été mère à nouveau, avec Basile. À la naissance de leur fille, des liens ont pu se tisser à nouveau avec ses parents. L'enfant vivant a fait famille, et les grands-parents ont appris à prendre en compte la demande de leur fille d'intégrer l'enfant mort.

Le positionnement du conjoint vis-à-vis de la femme ayant déjà eu une expérience d'enfant décédé semble d'une importance majeure.

Quatrième situation : Mylène et Thibaut, parents séparés d'un bébé décédé, Maël

Les deux parents de Maël, décédé à la naissance, sont venus en tant que « couple parental » alors qu'ils étaient séparés. Ils ont été tous deux à toutes les séances du groupe fermé durant une année, jusqu'à la fin.

Mylène, avait un autre compagnon, et a été enceinte à la fin du groupe. Elle l'a annoncé au groupe avant de l'annoncer au papa du premier enfant, Thibaut. Les membres du groupe ont été particulièrement présents, vigilants vis-à-vis de Thibaut, dont ils ont pressenti qu'il pouvait vivre douloureusement cette annonce et s'éloigner encore plus de la mère de son fils décédé.

Des complications peuvent s'ajouter lorsque le grand-parent de l'enfant décédé meurt, et n'aura pas l'occasion de rencontrer l'enfant d'après.

Mylène a gardé des relations avec l'association. Elle a pu faire appel à nous par la suite, lors de l'annonce d'une maladie grave de son père. Ses difficultés ont pu trouver un temps de stabilisation par un traitement psychique spécialisé. Par la suite, le bouleversement de son schéma familial, lié à la grave maladie de son père, l'a conduite à décider de déménager pour se rapprocher de son père et l'accompagner. Le nouveau compagnon a suivi. Durant la période de l'accompagnement de son père, Mylène est restée en retrait de l'association, toutes ses ressources ayant été tournées vers l'anticipation de la perte de son père.

À la suite du décès de ce dernier, elle nous a à nouveau contactés, pour donner de ses nouvelles. Vivre dans un village qu'elle connaît peu, sans avoir pu lier d'amitiés, occupée à accompagner son père, sans parvenir à entretenir une relation de qualité, ni avec son compagnon, ni avec sa fille, a été un sacrifice.

Avec son accord, nous avons continué de lui transmettre les invitations aux différentes dates du groupe de paroles qui s'était constitué sur le thème de « l'enfant d'après ». Sa fille avait deux ans lorsque Mylène a répondu à l'une de ces invitations, en nous remerciant d'avoir toujours gardé ce lien. Elle a vécu le groupe comme un maillage familial. Entendre les nouvelles des unes et des autres, pouvoir parler de son propre parcours, lui redonne la sensation d'exister. Se sentir légitime dans le groupe, sans être jugée pour ses défaillances est pour cette femme une voie thérapeutique pour reconstruire des liens de parentalité.

Son premier enfant avait fait famille entre le père biologique et elle, puis avec les participantes et participants du groupe fermé. Le groupe la désignait d'ailleurs comme « la maman de Maël ». Reprendre contact avec l'association, s'insérer dans le groupe en visioconférence « l'enfant d'après » a été pour elle un lien avec la femme qu'elle était. S'étant oubliée pour rester auprès de son père, au risque de distancier sa relation avec le père de sa fille, elle s'est retrouvée entière. La famille n'était ni limitée au couple parental, ni à son propre père. Le groupe a fait fonction de famille pour elle. Au départ autour de l'enfant perdu, puis par la mise en commun des femmes dans l'exposé de leurs reconstructions singulières. Ce jour-là, il a été question de la place de la femme lorsqu'on se sent envahie, débordée par la fonction maternelle. Dans les échanges, il a été question de s'autoriser à « défusionner », à ne plus voir l'enfant comme une partie de soi, mais comme un sujet. De là, la place de l'enfant vivant a été mieux définie, comme un être distinct de soi. Les échanges ont évolué par une réflexion sur le possible détachement de l'enfant mort. S'il a été une partie de soi, une prothèse de la femme en recherche d'équilibre, il peut se détacher. L'enfant vivant qui épuise la mère aide cette dernière à s'autoriser de se séparer de l'enfant mort. La femme peut dorénavant supporter que l'investissement de ses proches puisse être plus distant, voire absent. La mère revendique ses instants de liberté. Le groupe s'est animé entre ces mères complices, transgressant leurs « obligations » inhérentes à leurs représentations de la fonction maternelle.

Ainsi le groupe peut devenir famille. Dès avant sa naissance, l'enfant fantasmé fait famille. Les liens persistent, se transforment à sa mort. Les proches des parents, en particulier les femmes de la famille, peuvent traverser les phases de deuil à la perte de l'enfant qu'ils n'ont pas connu.

Auparavant la peine pour un mort-né devait se faire discrète. Le corps de l'enfant était escamoté, la famille évitait d'en parler. Il n'y avait pas d'espace pour vivre ce deuil, et toute trace du passage de l'enfant était effacée. Les générations précédentes ont occulté la réalité de l'enfant du fait de sa mort.

Les injonctions à « faire le deuil »

D'un côté les instances médicales et la famille nient la perte, édulcorent le caractère dramatique de la mort d'un être humain, et d'un autre côté, ces mêmes instances encouragent à « faire le deuil ». Mais faire le deuil de quoi, si l'objet du deuil n'est pas reconnu ?

Lorsqu'une famille perd l'un des siens, il est normal d'être triste, il est évident de rassembler les souvenirs liés à ce disparu. Une cérémonie rituelle accompagne le « passage » du défunt (Bacqué & Merg-Essadi 2013). Les parents sont jeunes, c'est parfois leur première confrontation à la mort, aussi ils se laissent guider. Le thérapeute soutient le parent dans la gestion du deuil en respectant son travail individuel. L'entourage bien souvent considère qu'un enfant qui n'a pas vécu ou seulement quelques jours ne compte pas, et qu'il faut oublier au plus vite. En effet, nous avons pu observer, entendre des expériences malheureuses d'attitudes et de paroles niant la réalité d'un objet. La place de cet être manque dans la famille, ce qui rajoute de la souffrance aux parents.

Le deuil sur le plan psychique n'est pas une action volontaire (Bacqué, 1992). Il s'agit d'un processus dynamique avec des phases de durées variables selon chaque sujet, et surtout, il n'est ni linéaire, ni limité dans le temps. Pour autant, le processus psychique d'acceptation de la perte de l'enfant réel entre en conflit avec les étapes de la construction psychique de l'enfant fantasmatique. Ceci explique pourquoi temps psychique et temps biologique sont si souvent décalés lors de la mort d'un enfant autour de la période de sa naissance (Merg-Essadi 2009b).

Ce vide partagé entre les parents sèmera moins la détresse que lorsqu'il est ressenti, seul, à l'issue d'une longue période de recherche et parfois de violente dénégation. Cet enfant, ce tout petit ne saurait être un « rien » pour ses parents. Les pratiques rituelles traditionnelles qui ont toujours entouré les « bons morts » peuvent être réélaborées différemment. Le groupe des parents pourrait être à l'origine de ce nouvel accompagnement social (Grimaldi et al. 2015).

Certains parents, blessés par la perte de l'enfant et par le manque de reconnaissance par l'entourage, consultent individuellement. Le thérapeute soutient le parent dans la gestion du deuil en respectant son travail individuel. D'autres parents ne sont pas prêts à faire une démarche individuelle auprès d'un psychologue, mais souhaitent participer à un groupe de personnes qui auraient pu vivre la perte d'un enfant, et les bouleversements émotionnels qui l'accompagnent.

2. L'ÉVOLUTION DES DIFFÉRENTS MODES D'ACCOMPAGNEMENT

2.1. Le travail de groupe

Dès les années 1990, nous avons offert un espace-temps pour permettre aux parents de se rencontrer et d'échanger. Nos premières expériences ont été des groupes lors des soirées à thème organisées dans le cadre de l'association « Histoire de Bien Naître », en appartement privé, à Strasbourg, en présence des deux parents.

Puis à partir de 1999, nous avons pu démarrer une convention, pour proposer des groupes de paroles aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Dans les vingt premières années, seules les femmes venaient à ces groupes dans les locaux de l'Hôpital, puis à partir des années 2000, elles sont venues en couple.

Les groupes de paroles permettent aux parents endeuillés de rencontrer d'autres personnes qui ont vécu des pertes similaires, favorisant ainsi la compréhension mutuelle et l'empathie. Le groupe offre un espace sûr, où les parents peuvent partager leurs expériences, exprimer leurs émotions et recevoir un soutien émotionnel de pairs qui comprennent leur vécu (Grimaldi & al. 2015).

La reconstruction post-deuil vise à aider le parent à envisager l'avenir, à se réapproprier son identité parentale et à trouver un sens dans sa vie malgré la perte (Bacqué 1992). Le groupe thérapeutique est une forme de réponse

aux effets désorganisant et aux conséquences irréversibles de la mort sur le psychisme. Cela réveille en chacun de nous notre organisation antérieure existante (Soubieux & Caillaud 2022).

Comment soutenir le couple sur son chemin du « faire famille » ? Comment les aider à transformer l'horreur qui les habite en un moment fondateur ? Quelle place occupent les professionnels de santé dans ce parcours et comment vivent-ils eux-mêmes ces pertes ?

« *Les témoignages des parents illustrent l'impact positif de l'accompagnement des associations de soutien dans le processus de deuil périnatal. Ils mettent en évidence l'importance de l'écoute, du soutien émotionnel, de l'information pratique et des espaces de partage entre parents endeuillés* » (présentation de Maryse Dumoulin citée in Merg-Essadi 2023). Les groupes de paroles, en faisant circuler les ressentis entre pairs, offrent un espace de partage, de soutien mutuel et de validation émotionnelle (Soubieux & Caillaud 2022). Le travail de recherche de L. Sani (2019), s'intéressant aux groupes de soutien que l'on peut trouver sur les réseaux sociaux, confirme la valeur des groupes d'entraide ou des groupes de paroles en présentiel. Certains participants considèrent en effet les groupes Facebook similaires en termes d'objectifs, mais les groupes de parole en présentiel sont considérés comme essentiels, surtout pour les femmes ; rendre les groupes de paroles plus accessibles, socialement et géographiquement, est perçu comme fondamental par les parents en deuil.

De plus en plus de parents viennent aux groupes de paroles à deux, alors qu'il y a trente ans, les femmes étaient largement majoritaires et faisaient part du manque d'intérêt ou même du doute formulé par leur conjoint sur les effets positifs du groupe (Bacqué & Merg-Essadi 2013).

Pour autant, les deux parents ne vivent pas les mêmes effets du deuil au même moment. L'atteinte narcissique touche le Moi de chaque parent de manière singulière. Voir d'autres couples traverser des étapes similaires peut être rassurant, lorsque la phase hostile initiale cède à la phase dépressive où l'un a besoin de l'autre. Les professionnels sont directement confrontés à la clinique du traumatisme de l'effondrement et de l'archaïque (Ferenczi 1990).

2.2. La création d'une association

Nous avons fondé une association en 2005 afin de d'offrir un espace groupal aux endeuillés. L'évolution des réflexions a été le fruit de la collaboration avec Maryse Dumoulin. Nos interrogations initiales, à savoir la crainte de faire se cristalliser une identité mortifère de parent endeuillé a été rapidement dissipée. Les parents qui se sont engagés pour l'association, que ce soit dans les aspects administratifs ou relationnels pour venir en aide aux autres, se sont épanouis. Les relais restent possibles à tout moment, en fonction des envies et des possibilités de chacune et de chacun.

Les bénévoles en charge des demandes de subvention et du recueil des cotisations sont sensibles au bien être des parents, au soutien des actions de sensibilisation et à la dynamique de l'association, autant que ceux qui assurent l'écoute téléphonique, les entretiens individuels ou les animations des groupes de paroles.

Concernant cette fonction d'animation, les bénévoles (parents et soignants) participent à des formations et des supervisions. La supervision s'inscrit dans le travail de fond des animateurs. L'analyse des conflits inconscients circulant dans les groupes, permet, à travers la supervision des professionnels et des parents endeuillés devenus animateurs, une régulation des affects dans le groupe des parents, pour un choix de vie familiale assumé et supportable émotionnellement par tous ses membres (Soubieux & Caillaud 2015).

Nous avons eu l'occasion d'accueillir une jeune femme qui n'avait jamais été mère elle-même, mais qui ressentait les bouleversements psychiques spécifiques d'un deuil, suite à la perte de l'enfant de son frère. La thématique du groupe a semblé lui correspondre, et elle a participé à deux reprises aux groupes de paroles de l'association. Nous avons aussi accueilli plusieurs jeunes femmes solidaires de leur sœur ayant perdu un enfant. Les motivations étaient alors de pouvoir mieux comprendre et aider leur sœur, voire pour l'une d'entre elles, s'investir pour l'association.

L'implication des parents, de leurs proches, mais aussi des soignants bénévoles dans l'association montre la dimension des apports réciproques. La mise en commun des ressources permet à chacun de tirer des bénéfices propres : maillage et soutien au travers d'actions locales, progressivement extérieures à l'association et amitiés

durables. Les bénévoles facilitent également le partage d'informations sur les services de soutien et les moyens de prendre soin de soi pendant le deuil.

Parmi les parents ayant contacté l'association, certains l'ont fait en intercédant pour un proche.

Les associations dédiées à l'accompagnement des familles proposent également des rituels autour du décès d'un enfant, tout en tenant compte de leurs représentations, du type de lien qu'ils ont pu commencer à construire et de leurs projections. Ces associations se chargent également d'organiser différents événements collectifs et rituels tout au long de l'année : cérémonie commémorative, « fête des parents », journée mondiale du deuil périnatal, « Noël des tout-petits ».

2.3. Le soutien aux membres de la famille

Est-ce que l'aide aux parents peut servir indirectement à un autre membre de la famille ? Est-ce que l'association peut étendre son offre de soins à la famille ? Si la perte impacte la famille, la question de l'indication des modalités d'un travail individuel et/ou groupal se pose. Et comment accompagner chacun des parents qui ne sont plus en couple, mais font famille avec un enfant décédé ?

Nous sommes là au cœur de ce que permet l'approche systémique de la famille. De même que, classiquement, on considère le sujet souffrant comme le symptôme d'un dysfonctionnement de la famille dans son entier, on peut considérer a contrario que le travail sur soi effectué par l'un des membres de la famille provoque une reconfiguration des liens familiaux dans leur ensemble. C'est pourquoi notre travail dans le cadre de l'association est ouvert à tous les membres de la famille, pas seulement aux parents de l'enfant disparu.

Dans les exemples qui précèdent, nous avons noté que la demande adressée par une personne à l'association, et le travail qu'elle effectue ensuite, peuvent profiter à un ou plusieurs autres membres de la famille, alors même que ceux-ci ne nous ont jamais rencontrés. L'interprétation des processus psychiques à l'œuvre serait délicate, voire hasardeuse, mais précisément, nous n'avons pas besoin de recourir à une telle interprétation : le travail se fait, en quelque sorte, en tâche de fond. Le dispositif présente l'avantage d'exister, et nous voyons qu'il a des effets. Les temps psychiques et les étapes de prises de conscience de la réalité ne se superposent pas chez un même sujet, pas entre les membres d'un couple, a fortiori pas entre les membres d'une famille (Merg-Essadi 2010). Le groupe contient, accueille les temps de chacune, de chacun.

Nos offres de soins et nos actions sont issues de notre appréciation subjective de la demande, des compétences acquises au cours des formations suivies et de notre expérience clinique, individuelle et groupale.

2.4. Les apports de la psychothérapie par EMDR

L'EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, peut se traduire par « Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires »

L'accompagnement personnalisé nous a confrontée à des situations complexes, pour lesquelles le traumatisme de la perte de l'enfant venait réactiver d'autres pertes ou des blessures d'abandon. Pour certaines patientes, l'accès à ce matériel mnésique ne permettait pas pour autant l'accès à l'élaboration. Nous nous sommes formée à une psychothérapie susceptible de favoriser l'accès aux mémoires refoulées. Aujourd'hui, à la lumière des apports des neurosciences, et en particulier des mécanismes de la psychothérapie par EMDR, nous pouvons comprendre que le retraitement des informations non métabolisées peut se déclencher en différé, dans le cadre d'un protocole spécifique. Les étapes de ce protocole permettent de réactiver des mémoires sensorielles, pour convoquer des associations libres et d'intégrer ces informations-là.

Nous avons pu illustrer l'intérêt de la psychothérapie par EMDR avec la situation clinique de Célia exposée précédemment. Nos expériences auprès de nombreuses autres mères en deuil d'un petit enfant nous permettent de confirmer l'amélioration des symptômes dans les cas d'un deuil compliqué. Les remises en scène de parties refoulées ont été explicitement étudiées par Monique Bydlowski, au travers du concept de « transparence psychique » au sujet des complications périnatales (Bydlowski 2008).

Étant à la fois la thérapeute et l'auteur de cet article, nos constats concernent nos propres observations. Afin de limiter la subjectivité de nos interprétations, nous avons procédé à une analyse qualitative dans les règles scientifiques élaborées par Sophie Gilbert (2009).

En effet, le suivi de six de nos patientes ayant perdu un enfant et traitées en EMDR, a été réalisé dans le cadre d'une recherche sur les effets de l'EMDR lors d'un accouchement traumatique (Merg-Essadi & Bacqué 2022).

2.5. La formation des équipes soignantes en première ligne

Depuis 2011, nous intervenons également en tant que formatrice auprès des sage-femmes, qui sont en première ligne lors d'un événement douloureux tel que la perte de l'enfant.

Nous les sensibilisons aux décalages entre les représentations de certaines femmes et certains hommes lors de la mort d'un enfant par rapport aux représentations de leur entourage. En premier lieu, nous leur proposons de réfléchir sur leurs propres représentations d'une grossesse, d'un fœtus, d'un nouveau-né, d'un enfant.

Depuis notre position de formatrice nous posons le cadre des différents discours. Les définitions médicales différenciant « fausse-couche » et enfant, expulsion et accouchement. Le seuil de viabilité selon l'OMS, les critères définissant les indications de réanimation ou d'abstraction de réanimation. Les seuils médicaux croisent à certains endroits les seuils d'accès aux droits sociaux lorsqu'on se réfère à la viabilité, en revanche l'accès à la prime de naissance sera fondé sur le passage ou non du sixième mois calendaire.

Le statut juridique est tributaire de l'état de l'enfant à la naissance : né vivant il aura un acte de naissance puis à son décès un acte de décès, né mort ou né avec des signes de vie mais né en deçà du seuil légal de viabilité il aura un certificat médical d'accouchement, formulaire établi par la sage-femme ou par le médecin. Ce certificat pourra donner accès à l'établissement d'un Acte d'Enfant Sans Vie établi par l'Officier d'État Civil. Ensuite, il relève d'une démarche facultative volontaire des parents de faire inscrire cet enfant décédé dans le livret de famille ou non, et de procéder à des funérailles ou non.

Juridiquement l'avis de l'homme n'est pas nécessaire ; les femmes qui mettent au monde un enfant mort ont donc le choix de le faire inscrire ou non dans un livret de famille, ceci indifféremment de son terme de grossesse.

Ainsi pour certaines femmes cette inscription du petit mort prend sens pour faire famille, tandis que pour d'autres femmes l'issue de la grossesse par une fausse couche avant 22 semaines d'aménorrhée ou un enfant mort-né ne suscitent pas la volonté de faire des démarches pour l'inscrire comme faisant partie de la famille.

La formation des soignants vise à leur permettre d'accompagner au mieux ces femmes et ces hommes dans le parcours de soins. Les soignants ont besoin d'un cadre de référence pour se sentir aptes à aider ces couples confrontés à la mort et aux démarches administratives. Il est utile de clarifier avec eux le contexte médical de la mort de l'enfant, les aspects juridiques et les aspects sociaux.

Afin que chacun des soignants puisse se situer dans son champ d'action auprès des couples, il est important également qu'il connaisse le travail de ses collègues avant et après sa propre intervention auprès du couple. De plus, pour que le soignant se représente les étapes que traversent les parents nous retraçons ensemble le parcours physique que sont amenés à traverser chaque couple entre l'annonce, les rendez-vous médicaux, l'accouchement, les suites, la chambre funéraire et le cimetière ou le crématorium.

Ces couples ont attendu un enfant, ont imaginé son arrivée au sein de leur foyer, et se retrouvent à décider du devenir de son corps ; l'enfant attendu n'est plus physiquement avec eux.

Le rôle du pédiatre vient souligner que c'est bien d'un enfant, l'enfant du couple, qu'il s'agit.

L'auxiliaire de puériculture et la sage-femme qui vont s'occuper du bébé mort, en prendre soin et le présenter aux parents, là encore participent à la prise en considération de l'enfant mort comme un membre de la famille.

Au cours des formations, nous développons ainsi les aspects psychiques de la perte d'un enfant, les spécificités du deuil périnatal, et les singularités de différentes histoires de vie. Ces apports éclairent les soignants sur les réactions des parents à différents moments de leur deuil. Nous évoquons également la nécessaire vigilance pour prévenir d'éventuelles complications et pour offrir un soutien aux femmes et aux hommes fragilisés par cette épreuve.

CONCLUSION

Les femmes et les hommes dont l'enfant décède dans la période périnatale vivent des bouleversements psychiques différents. L'intensité, la durée et la répétition des différentes phases du travail psychique d'acceptation sont propres à chaque personne. Leurs possibilités de mobiliser leurs ressources pour faire face à leur perte sont anéanties. La plupart d'entre elles auront besoin d'un espace hors de leurs familles pour exprimer leurs émotions.

Par ailleurs, certains adultes pensent encore qu'il est préférable de préserver les frères et sœurs de l'enfant défunt en évitant d'utiliser le mot « mort », voire en ne disant rien. Les générations précédentes occultaient la réalité dans l'intention d'éviter la souffrance, mais on sait maintenant que les non-dits génèrent des difficultés psychiques à retardement, par réactivation du traumatisme.

Vivre un deuil est avant tout une expérience existentielle personnelle ; elle peut se prolonger et devenir une problématique psychologique plus marquée, un deuil compliqué, voire pathologique. Dans ces situations qui se compliquent, il est essentiel d'offrir un soutien psychologique approprié aux parents et à la fratrie.

En prenant en compte ces spécificités, les associations de soutien peuvent offrir l'écoute, la contenance et un suivi approprié. Un tel accompagnement favorise la résilience et la reconstruction des parents en leur offrant un espace sécurisé pour vivre leur deuil et en les aidant à trouver des mécanismes d'adaptation afin de poursuivre leur cheminement.

Un des points-clés de l'accompagnement, reste la place donnée aux parents et la reconnaissance de leur parcours : lors des rencontres, les parents peuvent exprimer de manière nuancée et large leur vécu lors du décès et du deuil, et ce en présence de pairs ou de soignants qui « écoutent » authentiquement leur parole, sans tenter de rapidement amener solution ou consolation. Le rôle de l'accompagnant est de soutenir les uns et les autres dans leurs positions d'expression et d'écoute réciproques.

Ainsi, l'accompagnement du deuil périnatal aux différentes étapes du parcours permet aux parents de vivre la perte de leur enfant et de prévenir la survenue de complications psychopathologiques. Il passe par la reconnaissance et le respect d'un enfant dans le fœtus décédé, et de ses parents dans le couple qui l'a conçu.

Bibliographie :

- Bacqué M.-F. (1992). Le groupe familial en deuil. In *Le Deuil à vivre*, Paris, Odile Jacob, p. 305-309. <https://www.cairn.info/le-deuil-a-vivre--9782738108371-p-305.htm>
- Bacqué M.-F. & Merg-Essadi D. (2013). Des corps immémoriaux... Devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance. *Deuils social et psychologique des parents*. *Corps*, 11(1), 57-67. DOI : [10.3917/corp1.011.0057](https://doi.org/10.3917/corp1.011.0057)
- Bacqué M.-F., Sani L., Rauner A., Losson A., Merg-Essadi D. & Guillou P. (2018). Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. **Première partie** : De la Préhistoire aux Lumières. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(4), 240-247. DOI : [10.1016/j.neurenf.2018.03.001](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.03.001)
- Bacqué M.-F., Sani L., Rauner A., Losson A., Merg-Essadi D. & Guillou P. (2018). Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. **Deuxième partie** : Des Lumières à aujourd'hui. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(4), 248-255. DOI : [10.1016/j.neurenf.2018.04.005](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.04.005)
- Bion W. R. & Robert F. (2007). *Aux sources de l'expérience* (Nouvelle éd.), Paris, PUF.
- Bydlowski M. (2008). *La dette de vie* (6éd.), Paris, PUF. DOI : [10.3917/puf.bydlo.2008.01](https://doi.org/10.3917/puf.bydlo.2008.01)
- Bydlowski M. (2008). Le « mandat transgénérationnel ». In *Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebovici ?*, Toulouse, Érès, p. 85-90. DOI : [10.3917/eres.presm.2008.01.0085](https://doi.org/10.3917/eres.presm.2008.01.0085)
- Cramer B. & Palacio Espasa F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés : Études cliniques et techniques*, Paris, PUF.
- Cupa D., Valdes L., Abadie I. & Lazartigues A. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces, *Devenir*, 4(2), p. 47-60.
- Darchis É. (2016). *Clinique familiale de la périnatalité*, Paris, Dunod.
- Dolto F. (1996). *Sexualité féminine : La libido génitale et son destin féminin*, Paris, Gallimard.
- Dugnat M. (2004). *Devenir père, devenir mère : Naissance et parentalité*, Toulouse, Érès.
- Dumoulin M. (2008). Des morts sans souvenir : la mort des tout-petits. *Études sur la mort*, 133(1), p. 85-89. DOI : [10.3917/eslm.133.0085](https://doi.org/10.3917/eslm.133.0085)

- Ferenczi S. (1990). *Psychanalyse*. 3, Paris, Payot.
- Gilbert S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : L'apport heuristique de rencontres intersubjectives, *Recherches qualitatives*, 28(3), 19. DOI : [10.7202/1086778ar](https://doi.org/10.7202/1086778ar)
- Grimaldi H.-M., Romano H., Bacqué M.-F. & Merg-Essadi D. (2015). Deuil autour du berceau, in Romano H. (dir.), *Accompagner le deuil en situation traumatique*, Paris, Dunod, p. 102-131. DOI : [10.3917/dunod.roman.2015.02.0102](https://doi.org/10.3917/dunod.roman.2015.02.0102)
- Guedeney P. (2004). Des femmes enceintes avec une pathologie psychiatrique chronique. Préjugés, difficultés et opportunités, in Golse B., Soulé M. & Missonnier S., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, p. 369-378. DOI : [10.3917/puf.misso.2004.01.0369](https://doi.org/10.3917/puf.misso.2004.01.0369)
- Houzel D. (Éd.). (1999). *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, Érès.
- Houzel D. (2000). Le travail analytique et les modèles théoriques de la naissance psychique, *Bayard*, 26, p. 57-66.
- Kaës R. (2021). *Les théories psychanalytiques du groupe* (7e éd. revue), Paris, PUF (Que sais-je ?).
- Le Grand-Sébillé C. (2004). Anthropologie de la mort périnatale aujourd'hui, *Spirale*, 31(3), p. 41-50. DOI : [10.3917/spi.031.0041](https://doi.org/10.3917/spi.031.0041)
- Lebovic S. & Stoleru S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : Les interactions précoces* (Nouv. éd. rev. et augm.), Paris, Bayard.
- Mellier D. (2015). *Le bébé et sa famille : Place, identité et transformation*, Paris, Dunod.
- Merg-Essadi D. & Paquet V. (2009). Le groupe de paroles, une voie pour accompagner le deuil, *Vocation Sage-femme*, 75, p. 13-15.
- Merg-Essadi D. (2009). Les temps de la mort d'un enfant en fin de grossesse, in Lévy J.J. & Charton L. (dir.), *Génération et Cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 77-96.
- Merg-Essadi D. (2010). Les fonctions réciproques de la mémoire et de l'oubli. L'exemple du travail d'acceptation dans les cas de deuil périnatal. *Revue des sciences sociales*, 44, p. 100-109. DOI : [10.3406/revss.2010.1324](https://doi.org/10.3406/revss.2010.1324)
- Merg-Essadi D. & Bacqué M.F. (2022). Paradoxes de la position du/de la psychothérapeute entre pratique et recherche, *Cahiers de systémique*, 1, p 39-50. DOI : [10.5281/zenodo.7447808](https://doi.org/10.5281/zenodo.7447808)
- Merg-Essadi D. (2023), Faire famille autour d'un enfant disparu, *Cahiers de systémique*, 3, p. 55-63. DOI : [10.5281/zenodo.10419497](https://doi.org/10.5281/zenodo.10419497)
- Merg-Essadi D. & Dumoulin M. (à paraître). Accompagner les familles lors du décès d'un enfant autour de la naissance. Les pratiques associatives, leur sens pour les familles. *Actes du colloque international « Les thérapies familiales »*, Strasbourg, 2022.
- Merg-Essadi D. (à paraître). Co-cheminement parents et soignants. Pratiques associatives, aspects sociaux culturels et dimension psychique. *Actes du colloque international « Les thérapies familiales »*, Strasbourg, 2022.
- Missonnier S. (éd.). (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF.
- Perard-Cupa D., Valdes L., Abadie I., Pineiro M. & Lazartigues A. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces, *Devenir*, 4(2), p. 47-60.
- Romano-Chardin H. (dir.) (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatique : Dix situations cliniques*, Paris, Dunod.
- Rousseau P. (2001). Deuil périnatal : Transmission intergénérationnelle, *Études sur la mort*, 119(1), p. 117-137. DOI : [10.3917/eslm.119.0117](https://doi.org/10.3917/eslm.119.0117)
- Sani L. (2019). *Conséquences de la perte d'un enfant avant l'âge de un an. Soutien psychologique et groupes thérapeutiques*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Strasbourg.
- Sani L. & Bacqué M.-F. (2019). Les enfants morts autour de leur naissance ont-ils réellement disparu ? Comparaison Italie/France de l'acceptation sociale et de la reconnaissance juridique du deuil périnatal. *Études sur la mort*, 151(1), p. 49-65. DOI : [10.3917/eslm.151.0049](https://doi.org/10.3917/eslm.151.0049)
- Sani L., Laurenti Dimanche A.-C. & Bacqué M.-F. (2021). Angels in the Clouds : Stillbirth and Virtual Cemeteries on 50 YouTube Videos, *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82(4), p. 587-608. DOI : [10.1177/0030222818824732](https://doi.org/10.1177/0030222818824732)
- Soubieux M.-J. & Caillaud I. (2022). Le millefeuille du deuil périnatal. In *Deuil périnatal et groupe de parole pour les mères* (p. 33-52). Toulouse, Érès, p. 33-52.
- Soubieux M.-J. & Caillaud I. (2015). Le groupe thérapeutique des mères endeuillées, *Le Carnet PSY*, 186(1), p. 27-31. DOI : [10.3917/lcp.186.0027](https://doi.org/10.3917/lcp.186.0027)
- Soulé M. (éd.) (1997). *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (6e édition), Montrouge, ESF éditeur.
- Villecourt-Couchat I. (2018). Accession à la parentalité, solitude maternelle psychique... et communauté virtuelle, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70(1), p. 127-136. DOI : [10.3917/rppg.070.0127](https://doi.org/10.3917/rppg.070.0127)
- Winnicott D.W. (1997). *Le bébé et sa mère* (trad. M. Michelin & L. Rosaz), Paris, Payot.