

IRETT

Dossier de Certification à la Respiration Holotropique

Violaine BERAUD SUDREAU

FRH 10

Décembre 2014

**DEUIL PERINATAL ET RESPIRATION
HOLOTROPIQUE**



DEUIL PERINATAL ET RESPIRATION HOLOTROPIQUE

Mon observation clinique, et mon expérience personnelle, m'ont montré que la prise en charge des deuils périnataux était trop souvent inadéquate pour les mères endeuillées.

Le deuil périnatal est avant tout un deuil, et il en présente donc la majeure partie des composants, comme la culpabilité, la tristesse et la colère...

Mais c'est aussi et surtout un deuil très spécifique : il porte en lui une histoire institutionnelle, collective et féminine, ainsi qu'une extrême dimension charnelle : la mort, dans la majorité des cas, se joue dans la chair même de la mère.

Ces deux aspects pèsent lourds dans le déroulé du deuil, et si le premier se dénoue avec un accompagnement dit « classique », le second ne peut s'atteindre, me semble-t-il, que par des approches qui mettent aussi en mouvement le corps et la mémoire émotionnelle engrammée dans celui-ci.

De plus, le deuil périnatal est protéiforme : il peut concerner tout aussi bien un avortement, une fausse couche précoce, une mort in-utéro ou à la naissance, ainsi qu'une I.M.G. (Interruption Médicale de Grossesse) : nous verrons que ce n'est pas tant la durée de la grossesse qui influence le deuil, que le lien, l'attachement de la mère à cette grossesse là, à ce bébé là. Mais peut-on, socialement, dire que l'on est en deuil alors que l'on a décidé d'un avortement ? Où, quand et comment cette douleur sera reçue ?

Accompagnante du deuil depuis 10 ans, d'abord au sein de l'association Vivre Son Deuil, puis à mon cabinet en libéral, j'ai très vite voulu utiliser la Respiration Holotropique (RH) de façon spécifique avec les endeuillés qui viennent me voir. Ceci n'est rien de nouveau, d'autres thérapeutes formés à la RH ont écrit sur ce thème.

Il me semblait particulièrement intéressant de proposer l'expérience de la Respiration Holotropique aux femmes endeuillées après un deuil périnatal, deuil inscrit dans le corps, et de voir ainsi si la RH était pertinente dans cet accompagnement.

En effet, c'est avec une grande surprise que j'ai moi même eu à revivre un certain nombre de fois certaines de mes fausses-couches (quel terme déjà barbare aux oreilles d'une femme) pendant mes sessions de RH, alors que je n'imaginai pas un instant que celles-ci avaient eu un impact important sur ma vie de femme et de mère.

J'ai aussi assisté à des revécus intenses de la part de participantes lors de mes weekends de RH, avec ce qui m'a semblé des résolutions importantes de leurs douleurs.

Comment se sentir père, mère d'un enfant qui n'a pas, ou si peu, vécu ? Comment dire adieu au projet élaboré autour de cet enfant à naître ? Comment faire avec la culpabilité, la blessure narcissique, la dévalorisation qui découle souvent de la perte d'un bébé ? Comment faire avec ce vide à vivre, ce creux au ventre qui n'est pas remplacé par un enfant dans les bras ?

En quoi la Respiration Holotropique permet de renouer le fil de l'histoire ?

1. Un bref rappel : le deuil périnatal

« Il ne faut pas oublier qu'il y a 10 à 15 % de fausses couches, 10% d'interruptions de grossesse pour raisons médicales, psychologiques ou sociales, quelques pourcentages de réductions embryonnaires, 3% de grossesses extra-utérines et de morts in utéro. Quand on additionne toutes ces pertes fœtales, on se rend compte que les pertes périnatales avoisinent les 30% ; C'est-à-dire qu'une femme sur quatre qui consulte dans une maternité consulte pour la perte de son désir d'enfant. La perte de grossesse est donc, de loin, la complication la plus fréquente. »¹

Il s'agit d'un deuil difficile et particulier, souvent nié par la famille et l'entourage proche, qui ne savent comment sortir de leur impuissance à dire et à faire. En conséquence le soutien habituellement octroyé pendant un deuil est là chichement donné, parfois même totalement absent. Et les parents entendent des propos qui leur sont inacceptables et douloureux : *« vous êtes jeunes, vous en aurez vite un autre »*

Ainsi, une jeune femme me racontera, avec détresse, la réflexion de sa mère quelques semaines seulement après son IMG : *« il n'y a pas que toi qui as des soucis »*, alors qu'elle me répétait : *« je vis un drame »*.

Les couples, les femmes, sont donc contraints le plus souvent de suivre leur chemin de deuil « dans l'ombre ». Comment vont-ils supporter que leur douleur ne trouve pas de lieu pour être reconnue ? Comment ce bébé va-t-il pouvoir s'inscrire dans la lignée familiale et dans la société ?

C'est parfois la première rencontre avec la mort, la première fois que l'on voit, touche un mort : multiplication des chocs psychiques... Et en cas de mort in utéro, ou d'annonce d'une pathologie létale à court terme, l'accouchement n'est pas une urgence et ce temps d'attente, nécessaire ou non, est profondément difficile à vivre. Autant de traces dans le corps féminin...

On occulte ou minimise l'accumulation de traumatismes qu'ont dû vivre ces parents : l'annonce de la pathologie lors d'une échographie, la compréhension que le bébé ne bouge plus, et le départ en urgence à la maternité, ou décider d'une interruption médicale de grossesse après de longues et douloureuses réflexions, ...accoucher d'un bébé mort-né ...

¹ René Frydman, 1997, (dir.), *Mourir avant de n'être*, Paris, Odile Jacob, p 97 à 108

2. Le statut des enfants sans vie en droit français, trop souvent des « inconnus sociaux »

Le statut légal et juridique des enfants sans vie, mort-nés, a un impact fort sur le deuil des parents, il est donc important de s'y attarder un peu : il entre directement en résonance avec le deuil périnatal, et explique le surcroît de douleur, de complications, de certaines histoires.

Les droits civiques, administratifs et sociaux de la mère, du père et de l'enfant sont liés aux actes d'état civil. Seul l'acte de naissance confère une « personnalité juridique ».

L'enfant **né vivant et viable** est donc sujet de droits : les inscriptions sont obligatoires. Son nom et son prénom devront figurer obligatoirement sur le livret de famille, et les funérailles sont obligatoires...

L'enfant **né sans vie** n'est pas une « personne » au sens juridique du terme. Pour la loi il s'agit d'un **enfant mort sans jamais être né**. Il n'a pas de nom de famille : il ne porte pas le nom de ses parents. Ceux-ci peuvent lui donner un prénom mais ce n'est pas obligatoire. Son inscription est impossible sur les registres de naissance mais obligatoire sur les registres de décès.

L'acte d'enfant né sans vie pourra figurer sur le livret de famille en partie basse, réservée au décès, **mais seulement** si le livret de famille préexiste. Donc s'il s'agit du premier enfant de parents non mariés, aucun livret de famille ne sera alors établi, les funérailles sont possibles mais pas obligatoires. Les familles ne sont pas tenues de les prendre en charge (si non, l'hôpital doit le faire).

Pour l'enfant mort né en dessous du seuil de viabilité, au regard de la loi il n'existe pas. Aucune inscription n'est possible, ni sur les registres d'état civil, ni sur le livret de famille des parents. Pas de déclaration signifie également : pas de funérailles. Le devenir des corps est destiné à l'abandon, deviennent des pièces anatomiques et doivent être éliminés comme tels par l'hôpital, c'est-à-dire une incinération collective en crématorium. Il porte le doux nom de « produit innomé » ou de « qualité de débris », de « déchets anatomiques »

Quant aux droits sociaux, en particulier pour les femmes qui travaillent, ils sont subordonnés à l'existence d'un acte d'état civil. N'ont droit aux remboursements des frais de transport d'hospitalisation en risque maternité 100%, à la protection vis-à-vis du licenciement, à un congé de maternité postnatal, à la prise en compte pour leur retraite que les mères d'enfants déclarés à l'état civil. Pour le congé de paternité il n'est octroyé qu'au père d'enfant ayant eu un acte de naissance, donc refusé aux pères d'enfants morts nés, quelque soit le terme de la naissance.

Quand l'enfant n'a pas d'acte d'état civil il s'agit, non pas d'une mère qui accouche d'un enfant mort, mais d'une **femme malade hospitalisée pour un avortement**.

« Quelques jours seulement séparent celui qui n'est rien de celui qui sera une personnalité juridique et sociale reconnue. Le statut de personne humaine est donc extrêmement floue à l'aube de la période de viabilité (22 semaines) »².

² René Frydman, 1997, (dir.), *Mourir avant de n'être*, Paris, Odile Jacob, p 97 à 108

Cette négation, cette absence, d'un statut officiel du bébé est, on l'imagine bien, d'une violence symbolique forte pour les parents. Cela représente pourtant la majorité des deuils périnataux, qui peuvent par là même devenir des deuils compliqués ou pathologiques³, quand il n'y a aucune trace institutionnelle de cette grossesse là, de ce bébé là.

3. Un zeste d'histoire

Longtemps (toujours ?) les bébés morts avant terme ou à terme faisaient partie de la catégorie effrayante des « mal-morts », un statut peu enviable :

« Ce sont ceux qui n'ont pas le statut de mort, et n'ont pas droit à la dignité du cérémonial et du souvenir. On trouve dans toutes les sociétés les mort-nés, ou ces bébés qui ne sont nés que pour mourir aussitôt et pour lesquels n'existent ni épitaphe, ni trace ; décédés en dehors de leur temps, non nommés, non baptisés ou initiés, laissant un vide généalogique, ces petits morts sont en tous lieux et en tout temps exclus du rituel funéraire normal »⁴.

Notre regard collectif et ancestral sur ces bébés « mal-morts » est porteur d'une certaine forme d'indifférence :

« La mort des enfants provoque une réaction sociale très faible et presque immédiatement achevée. En effet les enfants n'étant pas entrés encore dans la société visible, il n'y a pas lieu de les en exclure péniblement et lentement ; comme ils n'ont pas été vraiment séparés du monde des esprits, ils y retournent directement, presque sans qu'il soit besoin de mettre en action les énergies sacrées, sans qu'une transition pénible paraisse nécessaire. La mort d'un nouveau né est, à la limite, un phénomène infra-social : la société n'ayant encore rien mis d'elle-même dans l'enfant, ne se sent pas atteinte par sa disparition »⁵

A l'indifférence, se mêlent peurs et accusations sur la femme qui n'a pas « réussi » à donner et protéger la vie :

*« Il y a encore peu de temps on refusait à ces mort-nés l'enceinte consacrée du cimetière. Un coin particulier leur était réservé.. Ces petits êtres n'avaient pas le droit au Paradis, (d'où l'invention des Limbes au XII-XIII^e siècles, dans lesquels séjournent les âmes des enfants morts sans baptême. Dans toutes les cultures, la mort implique une hiérarchie classificatoire des défunts, or, ces morts prématurées, inexpliquées, sont partout rejetées, éloignées, **on cherche à s'en protéger.** »⁶*

³ **Deuil compliqué** : le travail du deuil s'est bloqué à la position dépressive, la personne ne semble pas pouvoir en sortir. On observe de l'angoisse, des manifestations psycho-somatiques... Les risques de passage à l'acte sont réels, les tentatives de suicide fréquentes.

Deuil pathologique : On notera un retard dans l'apparition de l'état dépressif, ou même son absence. Ou alors la mélancolie apparaît à la place de la dépression, avec négation délirante de la perte: la personne se comporte comme si le décès n'avait pas eu lieu, le couvert est mis à table, les affaires restent en place, la chambre devient un sanctuaire...

⁴ Françoise Zonabend, 1997, *Les Mal-Morts*, p 17 à 27, in *Mourir avant de n'être*, (dir. R. Frydman et M.Flis-Trèves), Paris, Odile Jacob.

⁵ R. Hertz ,1928 , *Mélanges de sociologie religieuse et folklore*, Paris , Felix Alcan, p 94

⁶ Françoise Zonabend, 1997, *Les Mal-Morts*, p 17 à 27, in *Mourir avant de n'être*, (dir. R. Frydman et M.Flis-Trèves),Paris, Odile Jacob

Grâce aux travaux pionniers de l'équipe du C.H.U de Lille, la reconnaissance institutionnelle de ces bébés « morts avant de n'être » s'est peu à peu améliorée depuis 1986.

Cela implique qu'avant cette date, les femmes étaient reçues la majeure partie du temps dans une indifférence totale, voire un grand rejet.

Avec quel impact ?

La plupart du temps elles n'avaient pu voir leur bébé, pas pu en garder de traces : ce bébé était complètement escamoté de leur vie.... Ne nous étonnons pas alors de voir surgir à l'occasion d'une RH chez une femme ayant eu un deuil périnatal un peu ancien un retour du refoulé d'une grande intensité: au mieux, seul le silence aura entouré son deuil périnatal...On pensait ainsi éviter une trop grande souffrance et on s'évitait d'être probablement confrontés à la réalité de la mort et du deuil. L'unique consigne était : « *allez, oubliez vite et faites un autre bébé rapidement* ».

L'équipe de Lille a recueilli des témoignages de mères : « *Je n'ai même pas pu le tenir dans mes bras, même une fois mort* » ; ou dans le cas d'une mort d'un des jumeaux : « *Je n'ai jamais vu celui des deux qui était mort, comme je ne l'ai jamais vu, je ne sais pas lequel des deux est mort* »⁷.

L'accouchement avait souvent lieu sous anesthésie ou derrière un champ opératoire. **Le corps même de la mère accouchant était nié**

Grâce à l'intense travail de reconnaissance de l'équipe lilloise de Maryse Dumoulin et Anne-Sylvie Valat, l'état des lieux s'est petit à petit amélioré depuis 1986 : l'accompagnement des femmes endeuillées s'est développé vers un cheminement commun entre équipes médicales et parents, et non plus dans une relation hiérarchique. Et c'est aussi à partir de cette époque que le père a été intégré comme parent en deuil.

« *Là où le lien de parenté est rompu avant même d'avoir pu exister, le désir de parentalité est lui-même errant* »⁸

L'absence de statut d'existence du bébé implique une non- reconnaissance de la parentalité : la mort in-utéro n'est pas assez reconnue comme une perte d'enfant.

Comment peut-on donc faire le deuil de ce qui est considéré comme n'ayant pas eu lieu ?

« *Alors que ce qui compte, c'est l'intention : l'intention de donner vie. L'intensité de ce sentiment peut être présent dès la conception, dès les premiers signes biologiques et c'est la force du sentiment qui explique le poids du deuil lorsque ce projet doit s'arrêter, quelque soit le moment de la perte* »⁹

Le psychiatre Michel Hanus, qui a remis la question du deuil dans l'espace public français il y a une vingtaine d'années, expliquait que si on se trouve dans une situation de vide rituel, si le mort ne laisse pas de trace, la ritualisation collective devient encore plus nécessaire.

⁷ K. et M. Taeckens et Hélène Picard, 2005, *Processus de deuil et relations avec l'entourage suite au décès d'un tout-petit*, Paris, brochure de la Fédération Européenne Vivre Son Deuil, p 10 à 15

⁸ Catherine Le Grand-Séville, 1997, *Quand la mort est sans discours*, p 27 à 42, in *Mourir avant de n'être*, (dir. R. Frydman et M. Flis-Trèves), Paris, Odile Jacob

⁹ René Frydman, (dir.), *Mourir avant de n'être*, Paris, Odile Jacob, p 97 à 108

Il n'hésitait pas à dire et à écrire que ces défaillances juridiques sont le reflet de l'arriération de la mentalité collective sur ces questions de deuil périnatal. A défaut du soutien de l'ensemble de la communauté, il faut donc encourager les parents à « cérémoniser » leur perte.

« *Comme ce bébé n'a pas de reconnaissance sociale, il ne faudrait pas glisser à sa non reconnaissance psychologique et même simplement existentielle pour sa famille.* »¹⁰

4) Un deuil charnel, un deuil intriqué dans le corps

Ces quelques remarques suivantes mettent en évidence la nécessité d'un accompagnement du deuil périnatal qui passe par un travail psycho-corporel.

« *Après un deuil périnatal, doute et crainte de ne jamais pouvoir mener à terme une grossesse s'installent et font émerger l'idée que son corps n'est pas « normal » et qu'il est peut être incapable de procréer comme toutes les autres* »¹¹. Il y a donc une grande perte narcissique à l'issue de ces deuils, ils ouvrent à la condamnation de soi, à la honte, à la culpabilité.

Culpabilité d'autant plus importante si cette grossesse était vécue avec ambivalence, ou plus, si la femme avait d'abord pensé à un avortement... Elle peut relier son non-désir, ou son peu de désir de cet enfant là à sa fausse couche...qui, lorsqu'elle arrive, va alors faire coexister soulagement et culpabilité.

Et pourtant dès la découverte de la conception, ce bébé était présent dans les pensées et le corps de cette femme là, avec des modifications vite perceptibles par elle : absence de règles, nausées, changements de la poitrine etc....

Christophe Fauré cite ce témoignage « *Pendant plusieurs mois après la naissance de mon bébé mort-né, j'ai détesté mon corps : il me dégoûtait car il avait conçu un bébé qui n'avait pas été capable de vivre... J'étais convaincue qu'il y avait quelque chose de mauvais en moi* »¹².

Il peut donc se développer un sentiment d'agressivité vis-à-vis du bébé, qui devient ainsi « un mauvais objet », sentiment qu'il est presque impossible d'exprimer, à soi-même et à autrui.

Le corps de la femme met aussi du temps à intégrer la nouvelle de la mort, il lui faut comprendre que toute son attente n'est pas récompensée par un « fruit » : les seins sont pleins, les saignements durent de quelques jours à quelques semaines, et les traces corporelles de la grossesse seront parfois indélébiles : vergetures, ventre marqué, seins transformés : tout cela ne fait que rendre vivant... le poids de l'absence. Or le corps a besoin de toucher, sentir, goûter ce bébé porté de longues semaines/mois en lui.

C'est une des raisons pour laquelle est proposée le plus souvent aujourd'hui en maternité la possibilité de voir et revoir le bébé mort : cela permet d'intégrer **physiquement** en soi

¹⁰ Michel Hanus, 2003, *Les deuils dans la vie*, Paris, édition Maloine, p 160 à 164

¹¹ Christophe Fauré, 2004, *Vivre le deuil au jour le jour*, Paris, Albin Michel, p 178 à 183

¹² Christophe Fauré, 2004, *Vivre le deuil au jour le jour*, Paris, Albin Michel, p 178 à 183

l'enfant comme un objet d'amour, et donc cela donne ultérieurement la possibilité de la séparation. Le porter, le toucher lui donne sa réalité physique à **l'extérieur de soi, à l'extérieur de son corps de maternité**. Il acquiert ainsi son propre corps, son visage, sa présence. Cela permet de renoncer à l'enfant imaginaire, l'enfant idéalisé, la mère peut voir le résultat de sa grossesse, le poser dans ses bras pour qu'il devienne l'enfant du couple, l'enfant de deux histoires familiales entremêlées.

« *Il est devenu une vraie personne et non plus « quelque chose » de trop abstrait pour qu'on puisse vraiment en faire le deuil* » raconte un père ,(cité par C.Fauré).

Car quand vient le retour à la maison, s'impose cette terrible réalité : on n'aura rien à montrer à la famille et aux amis, rien de tangible à part une photo d'échographie, un bracelet d'identification, au mieux quelques photos du bébé mort. **La seule véritable histoire s'est passée à l'abri des regards, dans le ventre de la mère.**

Et dans de nombreux cas (mort in utéro, IMG) la mère va véritablement devoir accoucher. Lors de l'annonce, la première réaction, quasi unanime est : « *enlevez le moi vite* », imaginant un acte presque magique qui ferait disparaître en même temps l'enfant et l'effroi de la nouvelle.

Mais il n'y a pas d'urgence médicale, sauf en de rare cas, et s'il s'agit d'une IMG, du temps de réflexion et du temps de réunion des différents acteurs est nécessaire.

N'oublions pas que l'IMG nécessite une injection létale au fœtus (sous forme de médicaments), avant de pouvoir déclencher ou attendre l'accouchement. Cela ne peut jamais être un acte neutre, banal, pour la mère, qui va sentir que les mouvements du bébé s'arrêtent.

« *Et la femme met du temps à intégrer qu'elle va devoir accoucher de son bébé mort. Cet accouchement par voie basse terrorise celle-ci : peur de mourir en même temps que le fœtus comme si c'était un châtiment à payer pour avoir osé prendre la décision de sa mort. C'est inconcevable de donner la mort par les mêmes chemins qui donnent la vie. Elles veulent protéger leur ventre et leur féminité.*

La vie, la mort, deux inconciliables qu'il va falloir réunir dans un même temps, un même corps, un même psychisme.

Ultérieurement des femmes revendiquent cet accouchement qui fait partie du processus de maternité. Elles décrivent leurs sensations corporelles, notamment le passage du bébé dans leur chair. Elles se sont senties devenues mères ».¹³

La reprise de la **sexualité** peut être aussi compliquée, la femme supporte mal son corps, tout ce qui concerne sa féminité est teintée de mort, la majorité d'entre elles l'exprime par cette expression, « **mon ventre était devenu une tombe** » : comment peut il être à nouveau source de plaisir et de vie ?

Leur corps les a trahi, dégoût et rejet de soi ne sont pas loin.

Paradoxalement, perdre les kilos de la grossesse est difficile : avoir du mal à quitter ce corps, ce ventre arrondi pour contenir la présence du bébé mort .

¹³ Marie-José Soubieux, 2010, *Le deuil périnatal*, Bruxelles, édition Fabert, p 36 à 38

Les hommes eux mêmes peuvent avoir peur de s'en approcher.

Pouvoir engager un processus de deuil suppose une séparation nette entre le mort et les vivants.

Marie Josée Soubieux explique que, dans cette spécificité du deuil périnatal, la séparation devient compliquée puisque la mort survient au sein même de la chair .Les espaces deviennent extrêmement confus entre l'enfant mort, ou qui va mourir, et la mère. La mort n'est alors pas dissociable d'une véritable perte de soi au plan psychique et au plan physique. Il faut donc que se mette en place un processus psychique complexe puisqu'il repose sur la séparation charnelle entre la mère et l'enfant. Cela peut s'apparenter à la douleur d'un membre fantôme après amputation .L'univers fantasmatique de la mère n'échappe pas à l'épouvante d'avoir porté la mort au lieu de la vie¹⁴.

« *C'est comme si on m'avait arraché un bout de moi* », « *je le sens encore dans mon ventre, c'est comme un souvenir hallucinant* », « *après l'avoir portée vivante tout ce temps, je voulais la garder morte à l'intérieur de moi, j'en avais bien e droit* », « *en me réveillant, même des semaines après, j'avais l'impression de le sentir bouger dans mon ventre* »¹⁵, ainsi témoignent des mères dans « *Le deuil périnatal* », écrit par Claude Haussaire-Niquet.

5) L'accompagnement par la Respiration Holotropique- cas cliniques

a) « Je n'étais pas assez enceinte pour les intéresser »

Caroline est une jeune femme de 25 ans, mariée depuis 4 ans, déjà très mature dans l'élaboration de son deuil. Elle travaille comme aide soignante dans un service de néonatalogie. Elle me contacte 8 mois après une fausse couche précoce. C'était un bébé désiré même si la grossesse n'était pas attendue si tôt dans le couple.

Elle a eu des contractions dès le début de la grossesse, et lors d'une échographie, des malformations chromosomiques ont été décelées. Avant même que l'avortement thérapeutique ne lui soit proposé, le cœur du fœtus s'est arrêté de battre à 17 semaines de grossesse (un peu plus de 3 mois).

Aux urgences de la maternité, le gynécologue lui a donné des cachets de Cytotec¹⁶, sans offrir le temps d'une écoute véritable, et ajoutant « *vous les prendrez seule chez vous* » : un sentiment de désinvolture et d'indifférence prédomine lors de ce rendez-vous ; il s'agit de ces fausses couches précoces devenues une routine pour la majeure partie du personnel médical, et qui ne nécessitent pas de prise en charge importante. La femme est renvoyée à elle-même...et à ses angoisses :

Caroline me confie qu'elle avait très peur de garder ce bébé en elle et qu'elle aurait préféré rester à la maternité pour se sentir en sécurité.

¹⁴ Marie-José Soubieux, 2010, *Le deuil périnatal*, Bruxelles, édition Fabert, p 36 à 38

¹⁵ Claude Haussaire-Niquet, 2004 *Le deuil périnatal*, Paris, Le Souffle d'Or, p 57

¹⁶ L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) vient de lancer une nouvelle mise en garde contre l'utilisation du Cytotec. Originellement destiné à lutter contre les ulcères, le médicament fait depuis de nombreuses années office de déclencheur d'accouchement, hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Parmi les risques pointés du doigt par l'ANSM, se trouvent des ruptures utérines pour la maman.

Elle prend les cachets en fin de journée, seule chez elle, et vers 5h du matin de très violentes contractions la réveillent.

C'est dans ses toilettes qu'elle va commencer à expulser « *quelque chose d'énorme, dur* » Jusqu'à midi elle va subir 5 autres expulsions, dont une dans son couloir : « *J'ai dû ramasser à la main* ».

Ses connaissances médicales lui font comprendre l'anormalité de la situation et elle part aux urgences. Le gynécologue de service minimise au départ les symptômes, sans même vouloir l'ausculter, « *les saignements et les expulsions c'est un peu le but, non ?* » Mais à l'accueil, devant lui et les personnes en attente, Caroline a une autre expulsion, violente : un curetage est donc programmé dans la soirée.

« *Aucune infirmière n'est venue ni avant, ni après, j'ai passé la nuit toute seule* »..

Et ce qui l'anéantit viendra encore une fois du gynécologue : « *Je fais plusieurs curetages par jour, ce n'est rien et puis vous en aurez d'autres* » .

Un mois après, son gynécologue lui passe « un savon » car elle n'avait arrêté de fumer qu'une semaine avant sa fausse couche alors que l'arrêt de la grossesse est manifestement dû aux malformations fœtales. S'ensuit aussi une torsion de l'ovaire avec opération à la clé, et des complications avec son conjoint car « *je lui en voulais de ne pas souffrir autant que moi* ».

Je la reçois donc 8 mois après ces événements douloureux, et sur une échelle entre zéro et dix, elle situe la permanence d'images traumatiques à 8/10, avec des cauchemars récurrents et des évitements au travail.

Elle s'engage en grande confiance dans la séance de Respiration Holotropique (une heure en séance individuelle).

Elle va vivre dans un premier temps d'intenses douleurs dans le ventre, qui cèdent peu à peu sous mes massages doux.

Mais ce qui va prédominer, ce sont des sentiments de paix, de calme, de douceur. C'est principalement une profonde et grande relaxation qui va suivre la vision apaisante de sa mère décédée portant son bébé mort. Elle ressent aussi l'enveloppe de son corps éthérique, libre de se joindre à ces présences.

Lors de l'entretien qui suit quelques semaines après, elle me raconte la mort traumatique de sa mère, à ses 15 ans, morte dans un accident de voiture alors que sa sœur était au volant, ainsi que toutes les dramatiques conséquences sur sa vie qui en ont découlées.

Fonder un couple stable ainsi qu'une famille était donc d'une importance capitale pour elle. Elle relie maintenant la difficulté à avancer dans son chemin du deuil de ce bébé à ce premier deuil, d'une violence fondamentale. Ce n'est donc pas la longueur de la grossesse qui importe.

Elle a aussi décidé de nommer ce bébé, puisqu'elle et son mari avaient déjà pensé aux prénoms : ce sera donc Soane, et je sens l'importance de cet acte symbolique. Il est inscrit dans la lignée familiale, elle est devenue maman.

La vision de sa mère avec son bébé a amené chez elle un apaisement durable : son bébé est pris en soin par la grand-mère, elle a elle-même sa place dans ce trio. Cette image de complétude, de sérénité a effacé ses images traumatiques et les cauchemars ont disparu.

Elle a aussi ressenti qu'elle avait besoin de temps avant une autre grossesse : « *en réalité je suis bien jeune et nous avons envie encore de temps pour nous* ». Les tensions avec son mari se sont dissoutes, car elle ne lui demande plus de « *souffrir avec moi* ».

b) « Je les porte encore en moi »

Dominique a 54 ans, elle a suivi un long et fructueux travail thérapeutique, et est très ouverte aux méthodes thérapeutiques transpersonnelles. Mais deux deuils périnataux restent encore une blessure à vif. Ils datent de plus de trente ans...

A l'âge de 21 ans, étudiante, elle est enceinte de son petit ami, qui deviendra plus tard son mari. Elle voulait garder l'enfant mais la forte pression parentale l'amène à un avortement très mal vécu : « *on me retirait ma raison de vivre* ».

Quelques mois plus tard, elle fera une tentative de suicide, qu'elle relie à cet événement traumatique. Puis elle développe en suivant un diabète de type 2.

« *J'avais l'impression d'avoir tué celui qui pouvait m'aimer comme je le voulais* ». Sa culpabilité est toujours très présente 33 ans après.

A 28 ans, elle est à nouveau enceinte, mais, à 4 mois de grossesse, des pertes de sang la font partir à l'hôpital où l'échographe lui annonce assez brutalement : « *vous êtes en train de perdre l'enfant* ». Elle se sentira malgré tout bien accueillie par l'équipe médicale, son beau-père y étant médecin.

Elle aura ensuite trois enfants, mais se sent toujours « coincée » dans ses deuils périnataux, me confiant « *Je les porte encore en moi* ».

Elle va vivre une R.H très intense et m'enverra une lettre quelques jours après pour ma la décrire :

« *J'ai la sensation d'enfanter, et en même temps de vouloir garder l'enfant en moi. Je l'aide à le faire descendre et à le mettre au monde. Beaucoup de pleurs, douleur de la perte, de la mort, et de la culpabilité.*

Je sens que je dois parler à mes 3 enfants de cette blessure non-cicatrisée de mes précédentes grossesses. La musique tribale fait réagir mon corps, comme s'il devait sortir d'une gangue, se libérer.

Puis je sens la souffrance des femmes qui se reposent sur moi, que je porte, que j'aide. Je sens leurs douleurs qui sont aussi ma douleur. Pourquoi moi ? Je dois aussi porter cette croix, ce fardeau. Profonds sanglots archaïques. Je sens que je me maltraite, que je n'ai pas assez d'amour et de compassion pour moi.

Flash de cet enfant que j'aimais, que j'ai sacrifié pour aller dans le sens familial. Ne pas avoir été capable de m'y opposer, de faire pour ce que je savais être mon bonheur. Pourquoi ? Pourquoi m'infliger tant de coups ?

Puis sur la fin, sensation de renaissance, de me laver, de quitter le toxique. J'ai le flash de moi, devant plus m'appuyer, plus investir, mes trois enfant vivants ».

Elle fera quelques cauchemars en suivant cette Respiration Holotropique, d'une femme agressant sa maison...

Je lui proposerai d'aller assister à la cérémonie des tout-petits, organisée une fois par trimestre au Père Lachaise : celle-ci a été conçue pour permettre aux parents, vivant ou ayant vécu un deuil périnatal, même très ancien, de commémorer la vie de leur enfant, aussi courte qu'elle ait pu être.

Dominique me témoignera : *« Ce petit mail, juste pour te remercier de m'avoir indiqué cette cérémonie au Père Lachaise. Je m'y suis donc rendue, seule, mais quelle paix, quelle belle énergie, malgré la souffrance et la peine des parents ou grand parents. Je ne comprends pas pourquoi on ne communique pas plus autour de cette célébration. Ces rituels "psycho magiques" sont si importants. Merci encore pour ton accompagnement ».*

Elle éprouvera elle aussi le besoin de prénommer ses deux enfants décédés, ce sera Léandre et Valérie.

c) « Je l'aime pour deux »

Charlotte, 57 ans, vient pour la troisième fois à nos weekends de Respiration Holotropique Elle avait tout de suite évoqué la mort de son père, survenue alors qu'elle allait accoucher de son fils unique, en sentant qu'elle n'avait pu vivre son deuil, étant « happée » par l'arrivée de son bébé . Ses RH (2 par weekends) lui ont permis d'élaborer, de vivre cette perte, d'abord avec douleur puis avec sérénité. Elle fait le lien avec son plaisir de travailler dans des maisons de retraite, de prendre soin des anciens, ce qu'elle n'avait pu faire avec son père.

Lors du troisième weekend, elle va revivre, avec un grand étonnement, un épisode de sa vie de jeune femme qu'elle avait totalement occulté : *« C'était pour moi un épiphénomène »*. A l'âge de 27 ans, elle avait avorté, sans état d'âme et sans jamais remettre en question sa décision. Elle n'en a donc jamais parlé à personne, n'en sentant aucune nécessité.

Lors de sa RH, elle se voit monter dans un arbre pour rejoindre son fils vivant. Au pied de l'arbre le bébé avorté la regarde et lui reproche *« et moi ? »*.

Au moment du partage collectif, elle évoque cette soudaine et nouvelle culpabilité.

Le lendemain, lors de sa deuxième Respiration Holotropique, elle voit dans des nuages ces deux enfants ensemble, et ressent beaucoup de douceur et d'acceptation.

Charlotte comprendra mieux sa relation fusionnelle avec son fils, à qui elle répète sans cesse *« Je t'aime pour deux »*.

Elle prend aussi la décision de lui parler de son avortement, et se sent plus prête à le voir partir vers sa vie d'homme.

d) « on était trop heureux »

Sékolène, une jeune femme de 30 ans, vient me voir pour un accompagnement de deuil périnatal quelques mois après la perte d'un bébé. Mariée, déjà maman d'une petite fille de 2 ans, dans une famille et un couple très unis, elle se dit très bien entourée aussi par ses amis.

A huit mois et demi de grossesse, après n'avoir plus senti son bébé bouger, elle part seule à la maternité pour un contrôle. Médecin en oncologie, elle comprend vite sur le trajet que son bébé est mort, ce que confirmera l'échographie. Retour à la maison, car il n'y a pas d'urgence à provoquer l'accouchement. Mais des contractions se déclenchent et le lendemain elle accouchera d'une petite fille mort-née, prénommée Alix. Celle-ci sera enterrée, inscrite sur le livret de famille en partie basse (dans l'espace pour les décès).

Deux semaines après la mort d'Alix, elle apprendra que son père « *pilier de la famille* » développe un cancer du cerveau, incurable.

Elle vient me voir pendant quelques semaines pour avoir un espace de parole où déposer « *ce cauchemar* », avec l'impression d'un châtimeur divin car « **on était trop heureux** ».

Sékolène reviendra l'année suivante, lorsque, enceinte à nouveau, elle sent revenir des angoisses de plus en plus importantes au fur et à mesure de cette nouvelle grossesse et du futur accouchement, prévu quelques semaines avant terme, pour éviter toute nouvelle complication. Elle revit l'accouchement d'Alix, a peur d'oublier ce bébé et de ne pas savoir investir la nouvelle petite fille qui arrive.

Blanche va naître quelques temps après, et Sékolène aura la possibilité d'aller voir son père en province pour lui présenter sa petite-fille...il mourra quinze jours plus tard.

Elle désire me rencontrer à nouveau pour une séance de Respiration Holotropique. Celle-ci commence par de grandes douleurs au ventre, puis elle revit son départ seule à la maternité, sa compréhension de la mort de son bébé. Elle sentira une présence bienveillante dans la pièce, qu'elle va aussitôt relier à son père. Puis elle se voit en voyage en Afrique avec son mari et ses deux petites filles vivantes, dans une grande chaleur, heureuse et tournée vers l'avenir. Un autre temps tournera autour de la vision du cercueil de son père quittant la maison familiale pour l'enterrement, et des images de lui, malade.

Elle me dira : « *j'ai intégré la mort d'Alix, et je sais que moi et ma famille allons bien* ».

Sékolène se sent prête à reprendre le travail dans son service d'oncologie, ce qu'elle appréhendait car il l'oblige à être souvent en contact avec la mort. Elle sait qu'elle doit malgré tout prendre encore soin d'elle, le deuil de son père étant encore en train de la « travailler ».

Conclusion

Récents ou anciens, les deuils périnataux s'inscrivent durablement dans l'histoire d'une femme, d'un couple, d'une famille.

Lorsqu'ils ne sont pas accueillis par l'ensemble des protagonistes (parents, famille et société) comme des événements marquants, ils semblent parfois presque invisibles. Ne laissant pas d'autres marques que celles que porte le corps de la mère, ils sont très, trop, vite occultés, niés. Ce sont des morts inaperçues, non inscrites dans le corps social.

Et pourtant ces bébés, ces fœtus, ont eu un court passage sur cette terre, qu'il est nécessaire de prendre en compte, sous peine de voir ces deuils s'enkyster dans la chair de la mère et se développer en deuil compliqué ou pathologique.

La Respiration Holotropique est un outil thérapeutique puissant pour aider à la revivification des souvenirs traumatiques et à en lever la charge émotionnelle.

Les cas cliniques évoqués montrent qu'au cours d'une séance, une résolution de la douleur du deuil est possible.

Toutes ont témoigné de l'apaisement durable qui en a suivi.

La sensation d'un contact avec leur bébé leur permet de nouer, renouer, un lien avec lui, et de véritablement l'inscrire dans leur histoire, et dans l'histoire familiale. Elles se sentent pleinement devenir mères de cet enfant là : il quitte ainsi sa position de « fantôme errant ». Ce contact permet aussi la séparation nécessaire entre les deux corps, puisque l'enfant acquiert sa place particulière.

La peur « d'oublier » le bébé (peur commune à toutes les endeuillées) s'estompe aussi, puisqu'elles prennent conscience que leur corps est porteur de toute leur histoire commune, et qu'elles peuvent y avoir accès par le biais de la RH.

Le besoin de reconnaissance extérieure (conjoints, famille et société) diminue, car elles se reconnaissent elles mêmes dans leur statut de mère. Néanmoins, des cérémonies telles que celles du Père Lachaise peuvent participer à ce besoin de reconnaissance sociétale, d'autant plus lorsque l'enfant n'a pu bénéficier d'une inscription sur l'état civil.

Ces mères peuvent ainsi réinvestir plus librement leur vie présente, leurs enfants vivants ou à venir : la Respiration Holotropique me semble donc vraiment appropriée dans le suivi des deuils périnataux. Elle a le potentiel d'éviter les deuils qui se chronicisent et se transforment en deuils compliqués ou pathologiques. Il serait judicieux de la proposer plus régulièrement à nos patientes qui ont vécu un deuil périnatal, même très ancien.

*« Toute vie achevée est une vie accomplie.
De même qu'une goutte d'eau contient déjà l'océan,
les vies minuscules, avec leurs débuts si brefs, leur infime zénith,
leur fin rapide n'ont pas moins de sens que les longs parcours.
Il faut seulement se pencher un peu pour le voir,
et les agrandir pour les raconter. »¹⁷*

¹⁷ Françoise Chandernagor, *La chambre*, Paris, Livre de Poche

BIBLIOGRAPHIE

Françoise Chandernagor, 2004, *La chambre*, Paris, Gallimard

Christophe Fauré, 2004, *Vivre le deuil au jour le jour*, Paris, Albin Michel

René Frydman, 1997, (dir.) ,*Mourir avant de n'être* , Paris, Odile Jacob

Michel Hanus, 2003, *Les deuils dans la vie*, Paris, édition Maloine

Claude Haussaire-Niquet, 2004 *Le deuil périnatal*, Paris, Le Souffle d'Or

R. Hertz, 1928 , *Mélanges de sociologie religieuse et folklore*, Paris , Felix Alcan

Catherine Le Grand-Sébille, 1997,*Quand la mort est sans discours*, in *Mourir avant de n'être*, (dir. R. Frydman et M. Flis-Trèves), Paris, Odile Jacob

Marie-José Soubieux, 2010, *Le deuil périnatal*, Bruxelles, édition Fabert

K. et M. Taeckens et Hélène Picard, 2005, *Processus de deuil et relations avec l'entourage suite au décès d'un tout-petit*, Paris, brochure de la Fédération Européenne Vivre Son Deuil

Françoise Zonabend, 1997, *Les Mal-Morts, p 17 à 27*, in *Mourir avant de n'être*, (dir. R. Frydman et M. Flis-Trèves), Paris, Odile Jacob.
