

## **Deuil périnatal : Abord transgénérationnel**

### **I. Description clinique**

### **II. Approche thérapeutique : Rencontre entre la future mère et sa mère en consultation prénatale**

***Docteur Pierre ROUSSEAU***

*Gynécologue-obstétricien agréé au Service de Gynécologie-Obstétrique,  
Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli, B-7100 La Louvière,  
Conseiller médical à l'Office de la Naissance et de l'Enfance de la Communauté Française  
de Belgique (O.N.E.)*

Article publié dans la revue Devenir, 1998 ; 3 : 35-65.

Adresse: Docteur Pierre ROUSSEAU  
Chaussée de Mons 78  
B-7170 MANAGE  
Tél./Fax: +32.64.55.56.67

## **Deuil périnatal : Abord transgénérationnel**

### **I. Description clinique**

### **II. Approche thérapeutique : Rencontre entre la future mère et sa mère en consultation prénatale**

#### **Résumé**

Des observations réalisées dans la pratique courante de l'obstétrique révèlent l'existence de complications du deuil périnatal qui n'apparaissent que lors des grossesses de la génération suivante: réactivation intense du deuil des mères, troubles anxieux chez leurs filles enceintes, perturbations chez les petits enfants, rupture des liens familiaux. Le rôle des émotions du deuil dans cette transmission transgénérationnelle est discuté. L'organisation de rencontres entre les futures mères anxieuses et leur mère est proposée en guise de prévention secondaire et tertiaire de la perpétuation de la pathologie transgénérationnelle du deuil périnatal.

**Mots-clés** Deuil périnatal - émotions - pathologie transgénérationnelle - prévention

#### **Summary**

Current obstetrical observations have shown pathological conditions of unresolved perinatal bereavement during pregnancies of the next generation: grief reactivating in mothers, anxious disorders in their pregnant daughters, grand-children disturbed reactions, family ruptures. Grief emotions are hypothesized as the way of transmission of this transgenerational pathology. Antenatal therapeutic encounters of anxious pregnant women and their mothers are proposed as secondary and tertiary preventive interventions for the transgenerational transmission of unsolved perinatal grief reactions.

**Key Words** Perinatal bereavement - emotions - transgenerational pathology - prevention

## Deuil périnatal transgénérationnel

*Docteur Pierre ROUSSEAU*

### I. Description clinique

Selon des croyances anciennes, la naissance d'un enfant mort-né faisait peur. Elle était un signe néfaste, annonciateur d'une série de malheurs que des pratiques superstitieuses s'efforçaient de conjurer. [23] L'observation de délires de filiation une ou deux générations après des morts d'enfant [25] permet de penser qu'il existe un fond de vérité à ces croyances. Les délires de filiation ne sont pas seulement les cas, rares de nos jours, où le patient se prend pour le descendant d'un illustre lignage. Il s'agit surtout des troubles psychiques en rapport avec la filiation, c'est-à-dire avec la manière dont l'individu se situe par rapport à ses parents et d'une façon plus générale par rapport à sa lignée ascendante, descendante ou à venir. Cette observation est intrigante pour un obstétricien. Il se demande comment des morts d'enfants peuvent influencer le psychisme de personnes nées au moins une vingtaine d'années plus tard et par quels canaux, par quels modes de communication des éléments pathogènes peuvent se transmettre à travers une ou plusieurs générations.

Les psychanalystes fournissent des éléments de réponse à ces questions. [24] Leur première source d'information est l'exploration de l'inconscient. Elle nous révèle qu'il existe un besoin sexuel accru qui peut conduire, peu après un décès, à la conception d'un enfant. [1] Ce fait classique est loin d'être rare. [5] La mort d'un proche au cours de l'année qui précède la grossesse se retrouve en effet chez plus de la moitié d'un groupe d'adolescentes enceintes. [9] La mise en acte d'un désir d'enfant imaginaire qui vient prendre la place du mort, qui vient tout réparer, serait destinée à éviter la douleur du travail du deuil. [2, 6]

Bien que de formation psychanalytique, Selma Fraiberg a montré l'importance de la relation mère-enfant dans la transmission transgénérationnelle d'affects associés à des deuils ou à des abandons dans l'enfance. [19] Les enregistrements vidéo de séquences d'interactions réalisés par la suite indiquent que la mère parle à son enfant par toutes ses attitudes et non seulement par son langage verbal. Les explications fournies par les mères à propos de leurs attitudes et les interprétations proposées par les thérapeutes permettent de comprendre que l'inconscient maternel se transmette à l'enfant au cours de la multitude des interactions du premier âge. Cet inconscient peut avoir enfoui un traumatisme vécu dans la petite enfance, traumatisme parfois imaginaire comme l'Oedipe, ou réel comme l'abandon, les abus de tout genre ou le deuil mal résolu d'une personne d'attachement. L'inconscient de la mère peut aussi être structuré par le mode d'échanges qu'elle a connu avec sa propre

mère. C'est donc très tôt, en enregistrant la multitude des messages transmis par leur mère, que les bébés apprennent à réagir et à se positionner dans leur environnement. L'accordage affectif entre l'enfant et sa mère semble bien être un maillon explicatif important de la transmission transgénérationnelle. [49] C'est en rejouant la relation vécue avec leur mère sur le mode de l'identique ou celui du contraire que ces bébés, devenues mères à leur tour, en assurent la transmission à la génération suivante, celle de leurs enfants. [11, 12]

Cette transmission peut-elle commencer pendant la grossesse? Deux observations cliniques complémentaires initiales et les nombreuses autres qui leur ont fait suite permettent de répondre par l'affirmative à cette question.<sup>1</sup> Elles ont été rendues possibles par le poste d'observateur de première ligne qu'occupe par l'obstétricien dans sa tâche quotidienne de surveillance des grossesses et par l'expérience acquise dans l'accompagnement du deuil périnatal. [39, 40] Ce travail a pour objet de rapporter les principales observations qui permettent de comprendre une modalité de la transmission transgénérationnelle du deuil périnatal et de proposer un mode de prévention des complications qui en découlent. La compréhension du texte nécessite au préalable une définition du deuil périnatal et un résumé des difficultés de la grossesse après perte périnatale.

### **Le deuil périnatal**

Le deuil périnatal est celui causé par toutes les pertes qui peuvent survenir pendant la période périnatale [43], c'est-à-dire pendant la période qui s'étend de la conception d'un enfant à la fin de sa première année de vie [31]. La fréquence de ces pertes atteint environ 30% des grossesses si l'on additionne les fausses couches (10 à 15%), les interruptions volontaires de grossesse ( $\pm 13\%$ ) dont un faible pourcentage (moins de 0,1%) après 12 semaines pour péril grave pour la santé de la femme ou pour affection grave et incurable de l'enfant [10], les morts périnatales ( $\pm 1\%$ ) qui comprennent les pertes foetales tardives, les décès intra-partum et les morts néonatales précoces, les morts néonatales tardives et les morts subites du nourrisson.

La nécessité de dépasser l'usage médical du terme « périnatal » s'est imposée à partir du moment où l'on a commencé à tenir compte du deuil des parents. [8] Cet usage est réducteur car il limite le deuil périnatal à la mort des enfants dont la naissance peut être déclarée à l'Etat Civil, c'est-à-dire à ceux qui ont atteint la limite légale de la viabilité. Ce sont, en Belgique, les enfants qui naissent en vie et les enfants mort-nés après 180 jours de gestation. Certains pays ont adopté non plus le critère de viabilité mais une limite inférieure de 500 ou de 1.000 grammes comme l'a proposé l'OMS pour rendre possibles

---

<sup>1</sup> Les deux observations initiales ont été résumées brièvement lors d'un exposé présenté au 3ème Colloque sur la Relation précoce parents-enfant, Genève le 2 mai 1986. Rousseau P. Le deuil périnatal et ses implications. *In*: Pasini W, Beguin F, Bydlowski M. L'après-naissance en co-propriété. Genève: Médecine et Hygiène, 1987: 85-97.

les comparaisons statistiques. L'extension du terme « périnatal » à l'ensemble des pertes de grossesses et des morts d'enfants âgés de moins d'un an se justifie par le fait que les réactions de deuil des parents sont comparables, quel que soit l'âge de l'enfant au moment de la perte. [34]

Le deuil périnatal est, comme tout deuil, accompagné d'émotions intenses et douloureuses de colère, de peur, de tristesse et de culpabilité, non seulement au moment de la perte, mais aussi pendant la phase de réorganisation de la vie qu'est la grossesse après perte périnatale. Sans être la seule, l'émotion la plus caractéristique de cette phase est la peur d'une nouvelle perte [36, 44, 45] pendant la grossesse et aussi après la naissance de l'enfant suivant. La principale référence théorique utilisée dans ce travail est le schéma des réactions de deuil proposé par Bowlby qui les envisage comme réactions à la perte d'un objet d'attachement. [4] Cette référence ne doit pas nous faire oublier les autres concepts utiles à la compréhension du deuil périnatal qui sont la crise d'identité personnelle liée à l'interruption du processus de la parentalité [30], la blessure narcissique ou encore l'interruption du processus biologique de transmission de la vie humaine. [28] Chaque parent vit chaque perte périnatale d'une manière hautement individuelle comme l'illustrent les extraits d'oeuvres d'artistes recueillis et commentés par G. Raimbault. [37]

### **La grossesse suivante**

La grossesse après perte périnatale présente des complications somatiques et psychologiques. La principale complication somatique est la récurrence. [44] Les principales complications psychologiques sont la peur d'une nouvelle perte [36, 45] et l'enfant de remplacement, celui dont l'identité est déformée par la projection de l'image du disparu lorsque le deuil des parents n'est pas suffisamment évolué [2, 6].

La peur d'une nouvelle perte est présente dans toutes les grossesses après mort périnatale, mais l'intensité de cette peur varie d'une femme à l'autre. Elle est en partie justifiée par la réalité du risque de récurrence. Après les pertes périnatales précoces comme les fausses couches, cette peur s'atténue et finit parfois par disparaître lorsque le deuil en a été bien élaboré et lorsque l'âge gestationnel de la perte précédente est dépassé. Dans les grossesses après mort d'enfant à la naissance, elle augmente en général à l'approche des dates anniversaires, date du calendrier ou âge gestationnel de la perte précédente. Dans les cas légers, elle se limite à une humeur anxieuse. Dans les cas plus graves, elle prend la forme d'un trouble anxieux généralisé qui se manifeste par des bouffées d'angoisse qui rendent la future mère irritable, épuisée, pressée d'en finir et redoutant en même temps l'approche du terme. Dans les cas extrêmes, la peur atteint l'état de trouble panique. L'angoisse envahit complètement le champ de la conscience. Elle donne à ces futures mères une impression d'irréalité qui leur fait craindre de devenir folles. Elle provoque des contractions utérines

qui peuvent entraîner un accouchement prématuré, voire une nouvelle perte lorsque la maturité du bébé n'est pas suffisante.

Beaucoup croient que la naissance d'un enfant vivant et bien portant met fin à l'épreuve de ces mères. Il n'en est rien car la peur d'une nouvelle perte persiste le plus souvent après l'accouchement. L'anxiété, l'angoisse, la panique qui se sont développées pendant la grossesse se transforment en surprotection anxieuse, en angoisse de mort subite du nourrisson. Dans d'autre cas, la peur d'une nouvelle perte a inhibé les étapes de l'attachement qui doivent normalement s'élaborer pendant la grossesse. Ces mères se disent étonnées de se trouver devant un enfant inconnu. Elles sont incapables d'entrer dans l'état de préoccupation maternelle primaire qui leur permet de s'adapter au bébé réel et d'établir avec lui une relation gratifiante. [53] L'absence d'éclosion du sentiment d'amour maternel les choque. Le désarroi psychologique qui s'en suit augmente leurs difficultés d'attachement à leur enfant et contribue à expliquer la négligence, la maltraitance et les troubles psychologiques dont il risque de souffrir plus tard. [29]

### **Observation n°1. Délire de mort pendant la grossesse.**

Le début de la première observation se situe en 1978. Lors de la première consultation prénatale, l'anamnèse de Mme G, primigeste de 24 ans, note des parents en bonne santé et une soeur aînée, mère de trois enfants. Lors de la deuxième consultation prénatale, vers 15 semaines de grossesse, elle s'assied et dit très calmement: *"Docteur, je vous préviens, je vais mourir le jour de mon accouchement. Quoique vous fassiez, vous ne pourrez rien faire pour me sauver."* A la question de savoir comment cette certitude lui est venue, elle répond: *"Il y a quelques jours, ma mère est entrée chez nous un soir, pendant que mon mari et moi regardions la télévision. Elle m'a annoncé que j'allais mourir lors de mon accouchement."* Le mari, présent à la consultation, explique que l'idée fixe de son épouse est apparue un soir où elle s'est endormie près de lui en regardant la télévision. Il pense qu'elle a dû faire un mauvais rêve car sa belle-mère n'est pas venue chez eux ce soir-là.

La persistance de l'idée délirante fait adresser la patiente à un psychiatre qui pose un diagnostic d'anxiété-dépression, l'hospitalise à plusieurs reprises et prescrit des anxiolytiques. L'accouchement se déroule sans difficulté. Mme G met au monde à terme une fille de poids normal.

En 1984, la mère de Mme G consulte pour troubles de la ménopause. Au cours de l'anamnèse, elle signale avoir eu quatre enfants, un fils mort-né, deux filles en bonne santé dont la plus jeune est notre patiente, un second fils décédé à l'âge de 2 ans d'une fausse déglutition. Elle parle avec beaucoup d'émotions de la perte de ses deux fils, surtout du premier, de la peur qu'elle a eue pendant qu'elle attendait ses filles et de l'anxiété qui ne l'a pas quittée pendant leurs grossesses, surtout pendant celle de la cadette qu'elle

considère comme plus fragile que sa soeur depuis qu'elle a été témoin d'une tentative de viol à l'âge de 8 ans.

Peu après la consultation de sa mère, Mme G prend rendez-vous pour un examen gynécologique. Depuis la naissance de sa fille, elle n'a plus voulu être enceinte malgré le désir de son mari. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour dépression. Les diverses psychothérapies qui lui ont été proposées sont restées sans effet. Elle est soulagée depuis que sa mère lui a appris qu'elle a eu non pas un mais deux frères, celui décédé quand elle avait 3 ans dont elle connaissait l'existence et un frère aîné mort-né dont elle n'avait jamais entendu parler. Elle est heureuse de savoir que l'anxiété de sa mère explique peut-être le trouble qui l'a envahie peu après le début de sa grossesse.

### **Commentaires**

La première donnée de cette observation est la révélation par la mère de Mme G de la persistance d'émotions du deuil de la mort de ses enfants aussi longtemps après leur perte et, surtout, leur intense réactivation pendant les grossesses de ses filles. Elle dit en effet avoir eu plus peur pendant leurs grossesses que pendant ses propres grossesses après la perte de son fils aîné. On peut dès lors se demander si la peur éprouvée par cette femme chaque fois qu'elle est devenue grand-mère ne s'est pas transmise de manière inconsciente à sa fille cadette et si cette transmission n'est pas responsable, en partie tout au moins, de l'idée délirante de mort le jour de son accouchement. La réponse à cette question nous est fournie par Mme G elle-même lorsqu'elle explique son soulagement quand sa mère lui a appris l'existence d'un frère aîné décédé avant de naître. Cette explication permet de formuler l'hypothèse d'une transmission inconsciente de mère à fille d'émotions de deuil, la peur principalement, réactivées pendant la grossesse de la fille. Cette hypothèse de travail va être étayée et précisée par les observations suivantes.

La deuxième donnée, étonnante, de cette observation est la double dissimulation d'enfants mort-nés. La première dissimulation est celle de la mère à sa fille cadette d'un frère mort-né et non à sa soeur aînée qui en connaissait l'existence. La seconde est la dissimulation à l'obstétricien de l'existence de morts d'enfants dans la famille tout au long de la surveillance médicale des grossesses des deux soeurs. Ce n'est que six ans plus tard que l'histoire obstétricale complète de la mère de Mme G pourra être reconstituée lors de l'établissement d'un dossier de ménopause.

### **Observation n°2. Confusion mentale d'une grand-mère.**

Mme V est âgée de 30 ans en 1984 lorsqu'elle est enceinte une première fois. Elle déclare avoir un frère cadet en bonne santé. Tout au long de la grossesse, elle se plaint de bouffées d'angoisse dont elle ne peut expliquer les raisons. Elle accouche normalement à terme d'un fils de 3kg280. Le cinquième jour du post-partum, elle est très énervée malgré l'excellent

état de santé de son fils. Elle finit par confier les préoccupations que lui cause l'état de santé de sa mère, déprimée de longue date et hospitalisée depuis quinze jours en psychiatrie dans un état confusionnel aigu. Son comportement est bizarre quand elle vient lui rendre visite à la maternité. Le personnel soignant est également inquiet car, dès son arrivée, elle se jette sur l'enfant, s'en empare, le serre dans ses bras et l'appelle d'un prénom qui n'est pas le sien. Elle fait preuve d'agressivité dès que quelqu'un essaie de le lui retirer.

Inspiré par l'entretien récent avec la mère de Mme G, je demande à Mme V si sa mère n'a pas perdu d'enfant. Elle rapporte alors un passé dont elle n'avait dit mot pendant toute sa grossesse. Sa mère a eu: 1. un fils, mort-né, 2. une fille, notre jeune mère, 3. un fils, mort-né, 4. une fille, décédée dix jours après sa naissance, 5. un fils en vie mais lourdement handicapé à la suite de convulsions néonatales, mais signalé en bonne santé lors de l'anamnèse obstétricale.

Le psychiatre déclare que l'état de la mère de Mme V est préoccupant. Il s'agirait d'un cas fort avancé de démence sénile. Je lui apprends l'histoire obstétricale de sa patiente et lui fait part de mon hypothèse d'une réactivation des deuils de plusieurs pertes périnatales. Il accepte d'organiser des entretiens entre la mère et sa fille. Peu à peu, la mère de Mme V se souvient des enfants qu'elle a perdus et accepte d'en parler. Elle arrête de confondre son petit-fils avec ses fils mort-nés et de lui donner le prénom qu'elle a donné successivement à ses deux fils morts à la naissance. Son état s'améliore rapidement. Elle quitte l'hôpital quinze jours plus tard.

En 1985, Mme V consulte pour une seconde grossesse. Elle est anxieuse dès le début. Elle craint à la fois la récurrence de la confusion mentale de sa mère et la réapparition des angoisses de sa première grossesse. Sa mère, présente à la consultation prénatale suivante, reparle avec beaucoup d'émotions des enfants qu'elle a perdus. Elle explique à sa fille la peur qu'elle avait de la perdre pendant toute sa grossesse et pendant toute son enfance. Je demande alors Mme V d'essayer d'imaginer ce qu'elle a dû ressentir comme émotions quand elle était dans le sein, puis dans les bras de sa mère. Elle les a probablement enregistrées et gardées en mémoire, mais elle ne peut s'en rappeler à cause de son jeune âge au moment des faits. Lors de sa première grossesse, la perception inconsciente de la réactivation de l'angoisse de sa mère a sans doute réactivé chez elle aussi des émotions enfouies depuis longtemps dans l'oubli. L'inquiétude de Mme V s'apaise peu à peu. Elle est contente de savoir qu'il y a une explication possible de ses troubles. Sa grossesse se déroule dans la sérénité. Elle accouche à terme d'une fille de 2 kg 900. Sa mère n'a présenté aucun trouble confusionnel, ni pendant la grossesse, ni après la naissance.



### **Commentaires**

Cette observation montre que la réactivation de la peur vécue pendant une grossesse après mort périnatale peut atteindre chez la future grand-mère une intensité telle qu'elle finit par la submerger et la faire basculer dans la confusion mentale. Chez la fille enceinte, elle se manifeste par des bouffées d'angoisse et non plus par une idée délirante comme dans l'observation précédente. Ces deux observations successives montrent que le trouble anxieux qui apparaît pendant la génération qui suit une ou plusieurs pertes périnatales dont le deuil est mal résolu, peut atteindre des degrés variables de gravité, aussi bien chez la mère que chez la fille. Elle est sans doute fonction de la vulnérabilité de chacune des personnes.

Cette deuxième observation montre aussi l'amélioration spectaculaire et durable de la confusion mentale de la grand-mère dès qu'elle a pu parler de ses enfants morts et exprimer les émotions associées à ses deuils répétés. Cette amélioration permet de penser qu'il faut se méfier des pronostics établis chez des personnes déprimées de longue date. Il peut être utile de profiter d'une circonstance comme la naissance d'un enfant dans leur famille pour leur permettre de parler des deuils qui se sont accumulés tout au long de leur vie et leur proposer éventuellement une aide psychologique.

Cette observation montre surtout le soulagement, l'apaisement procurés à une femme enceinte par les confidences de sa mère et par les interprétations proposées par le médecin pour expliquer leur angoisse mutuelle. Elle laisse entrevoir la possibilité d'interventions thérapeutiques destinées à soulager la nervosité, l'angoisse qui accablent certaines jeunes femmes dès qu'elles sont enceintes et font courir des risques de complications somatiques de la grossesse, de troubles des relations précoces et de dépression postnatale. Il semble que l'échange de paroles, d'informations, d'émotions avec leur mère et le sens que leur donne le médecin leur permettent de retrouver une cohérence et une sérénité altérées par la discordance entre l'intensité de l'angoisse éprouvée et le danger réel de la situation.

### **Observation n°3. Fausses couches cachées.**

Mme R consulte en 1985 pour la surveillance d'une première grossesse. Elle est âgée de 24 ans, enfant unique et sans antécédent pathologique. A la fin du premier trimestre, elle se plaint de crises d'angoisse suscitées par des cauchemars qui lui montrent son enfant affligé de toutes sortes de malformations. Elle est éducatrice dans un home d'enfants infirmes moteurs cérébraux. Elle supporte mal la vue de ces enfants depuis le début de sa grossesse car elle pense qu'ils sont à l'origine de ses cauchemars. La prescription d'un arrêt de travail lui procure un soulagement momentané. Devant la réapparition des crises d'angoisse, il lui est suggéré de demander à sa mère si elle n'a pas perdu d'enfant. Lors de la consultation suivante, elle rapporte que sa mère a fait avant elle 8 fausses couches dont elle ignorait totalement l'existence. Elle prend alors conscience du fait que, depuis qu'elle est enceinte,

elle va souvent chez sa mère pour y trouver du réconfort mais qu'elle en revient encore plus angoissée.

Une explication de ses crises d'angoisse lui est proposée sur base de l'hypothèse formulée plus haut. Les pertes vécues par sa mère avant sa naissance, la peur de la perdre pendant la grossesse ou pendant son enfance lui ont été transmises du fait de la communication intense, surtout non verbale, qui existe entre une mère et son enfant. Toutes ces émotions sont mémorisées. Sa grossesse a réactivé l'anxiété de sa mère à son égard. C'est sans doute la perception de cette anxiété qui a ramené en surface des émotions enfouies dans sa mémoire. Elle se sent beaucoup mieux par la suite. La grossesse se déroule sans incident. Elle accouche à terme d'un garçon de 3kg750.

### **Commentaires**

On retrouve dans cette observation le phénomène de la dissimulation des pertes périnatales d'une mère à sa fille. Mme R ignorait les fausses couches de sa mère. L'angoisse peut donc se transmettre de génération en génération sans que soit transmise la connaissance des faits qui en sont à l'origine. Le caractère inconscient, déjà suspecté dès l'observation n°1, de la transmission de mère à fille d'une angoisse dont l'origine se trouve à la génération précédente se voit ainsi confirmé.

Cette notion se révèle fructueuse pour éclaircir nombre de troubles anxieux inexplicables pendant la grossesse et soulager les futures mères qui en sont affligées. Telle femme ne comprenait pas la panique qui, depuis le début de sa grossesse, l'accablait après chaque visite à sa mère. Elle ignorait que sa mère avait failli mourir d'une grossesse extra-utérine avant de la concevoir et de la mettre au monde. Telle autre avait peur d'aller chez sa mère. *"Elle me passe de son angoisse"*, disait-elle. Elle ignorait l'existence d'un frère aîné décédé sept jours après sa naissance. Telle autre avait des bouffées d'angoisse qui ont disparu lorsque sa mère lui a appris l'existence d'un fils mort in utero à six mois de grossesse.

La perception inconsciente de l'angoisse d'une mère par sa fille n'est pas le seul mode de rappel d'émotions enfouies depuis l'enfance dans l'inconscient et de leur manifestation sous forme de troubles anxieux plus ou moins sévères pendant la grossesse de la fille. L'observation suivante illustre la complexité de la transmission transgénérationnelle.

### **Observation n°4. Anniversaire de la mort du petit frère.**

Mme P est âgée de 29 ans, mère d'un fils de 7 ans et d'une fille de 5 ans, lorsqu'elle consulte en 1992 pour une troisième grossesse. Elle a été déprimée pendant ses deux premières grossesses compliquées de menaces d'accouchement prématuré, mais menées à bien grâce au soutien affectif de son mari et à une aide psychologique. Elle est beaucoup

plus angoissée depuis le début de sa troisième grossesse. Sa fille dort mal, elle est agitée de terreurs nocturnes depuis que sa mère est de nouveau enceinte.

Mme P est la deuxième fille d'une fratrie de trois enfants. Elle avait 18 mois quand sa mère a perdu son troisième enfant, un fils, à la naissance. Depuis lors, sa mère est dépressive. Elle pense que l'état de sa mère est l'origine de son anxiété. La mauvaise qualité de sa relation avec elle l'empêche de lui parler et de l'inviter à la consultation prénatale comme il le lui est proposé.

En janvier 1993, elle est hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré à 27 semaines d'âge gestationnel. Devant l'absence de cause biologique à cette pathologie de la grossesse, elle explique qu'elle est de plus en plus angoissée. Elle est certaine qu'elle va, comme sa mère, perdre son troisième enfant. Elle se rappelle soudain que le 25 janvier, dont la date approche, est la date anniversaire de la mort de son petit frère. Les contractions utérines se calment. Elle rentre chez elle quelques jours plus tard. Il lui est conseillé de parler de ce petit frère (un oncle) à sa fille de 5 ans. Sa fille retrouve son sommeil. Elle accouche à terme d'un fils de 3kg350.

### **Commentaires**

Les terreurs nocturnes de la fille aînée de Mme P nous amènent au coeur du phénomène de la perpétuation transgénérationnelle du deuil périnatal. Nous n'avons en effet abordé jusqu'ici que les conséquences à long terme de deuils mal résolus sur les enfants au moment où ils deviennent parents à leur tour. Mais nous n'avons pas vraiment sauté de génération pour en observer les effets sur les petits-enfants. L'explication des terreurs de cette fille de 5 ans nous est donnée par Mme P elle-même. Elle avait l'impression de lui communiquer l'angoisse qu'elle ne pouvait réprimer depuis le début de sa troisième grossesse, celle de perdre son troisième enfant comme sa mère. Elle est honteuse de ne pouvoir chasser une anxiété dont elle sait qu'elle lui vient de sa mère.

La peur sous ses différentes formes n'est pas la seule émotion du deuil susceptible de se transmettre d'une génération à l'autre. C'est aussi le cas de la tristesse des mères endeuillées par la mort d'un enfant. Elle s'éternise et finit par évoluer vers la mélancolie, comme chez la mère de Mme P. Par mélancolie, il faut entendre un état de deuil prolongé où la personne finit par ne plus être capable d'identifier l'objet perdu. [20] Une tristesse semblable se rencontre parfois chez des jeunes femmes nées après une perte périnatale et élevées par une mère dépressive ou mélancolique. Elles ont l'impression de ne pas être aimées. Elles se sentent coupables du chagrin de leur mère. Certaines de ces femmes tombent enceintes très jeunes pour échapper à la relation étouffante avec leur mère. D'autres décident de ne jamais avoir d'enfant par souci d'équité, pour rétablir l'équilibre de la relation [3] avec une mère qui a tant souffert. D'autres encore fondent un couple avec un

homme violent qui vient, par ses coups, soulager le besoin de châtement associé au sentiment de culpabilité. On verra plus loin les conséquences que peut avoir la violence familiale sur le destin des petits-enfants.

L'observation de Mme P montre aussi que la perpétuation des réactions de deuil d'une génération à la suivante est un phénomène plus complexe que la simple transmission non verbale d'une émotion comme la peur de perdre une grossesse. Cette complexité vient non seulement de la variété des émotions du deuil, mais aussi interprétations élaborées par la pensée opératoire, par exemple les réactions anniversaires liées à des coïncidences réelles ou imaginaires entre les grossesses de deux générations successives.

La croyance en la toute puissance de la pensée est surprenante chez une jeune femme porteuse d'un diplôme d'études supérieures comme Mme P. Elle est sans doute l'effet d'une angoisse devenue tellement lancinante, tellement envahissante, qu'elle a fini par la faire régresser vers la pensée magique propre aux croyances superstitieuses. Depuis le début de sa grossesse, elle était persuadée qu'il allait arriver malheur à son troisième enfant comme il était arrivé malheur au troisième enfant de sa mère. Elle connaissait la date de la mort de son petit frère. Mais ce n'est qu'en tentant d'expliquer l'origine de son angoisse qu'elle a brusquement établi une relation entre le trouble anxieux de sa mère, l'exacerbation de sa propre anxiété à l'approche de la date anniversaire de la mort de son frère et ses contractions utérines. La prise de conscience de cette relation est suivie de l'arrêt des contractions utérines, ce qui lui permet de rentrer chez elle pour mener sa grossesse à terme.

Dans le deuil, les réactions anniversaires sont courantes. Elles ne sont anormales que quand elles prennent des proportions nettement exagérées ou quand elles peuvent entraîner des complications sérieuses. Comme on l'a vu plus haut, il est fréquent de les rencontrer au cours des grossesses qui suivent une perte périnatale. Elles peuvent parfois se manifester sous forme de trouble panique, menacer et même faire perdre la grossesse par les contractions et l'accouchement prématuré qui les compliquent. C'est le cas d'une patiente qui a perdu trois grossesses successives à 27 semaines. Dans d'autres observations, il est étonnant de constater l'apaisement qui survient lors de la prise de conscience de la coïncidence entre les émotions ressenties et la date anniversaire d'une perte éprouvante. [44] Cette prise de conscience peut parfois être facilitée par l'obstétricien qui a noté les dates des accidents obstétricaux précédents.

A ce point de l'exposé, le lecteur ne manquera pas d'être étonné de l'absence quasi complète des hommes dans notre propos. Les observations qui les concernent sont rares. L'histoire suivante montre qu'ils peuvent, comme leurs compagnes, avoir un rôle dans les phénomènes de transmission transgénérationnelle que nous essayons d'étudier.

### **Observation n°5. Du côté du père.**

Mme S consulte en 1988 pour difficultés sexuelles avec son mari. Ils ont deux fils. Leurs difficultés ont commencé de façon inexplicable pendant la première grossesse pourtant bien attendue par les deux conjoints. Les choses se sont aggravées pendant la deuxième grossesse. Mme S a senti qu'il s'écartait progressivement d'elle, comme si elle lui faisait peur. Par la suite, la situation s'est encore détériorée. Elle lui reproche de ne pas s'occuper de ses deux fils qui font cependant tout ce qu'ils peuvent pour attirer sur eux l'affection de leur père. Elle voudrait un troisième enfant. Il est furieux quand elle en parle. Ils envisagent de divorcer.

Au moment où Mme S raconte que son mari lui donnait l'impression d'avoir peur d'elle, l'idée est venue de lui demander la composition de sa belle-famille. Son mari est le seul survivant d'une fratrie de trois garçons. Sa mère a en effet perdu ses deux premiers fils à la naissance. Son père est dépressif. Sa mère est très possessive à l'égard son fils. Après quelques invitations, M. S finit par accompagner son épouse à la consultation. Il est très ému lors de l'évocation de la douleur qu'a été pour sa mère la perte de deux enfants et de la peur qu'elle a eue de le perdre pendant son enfance. Il accepte d'entreprendre une psychothérapie. Un an plus tard, Mme S est enceinte. Elle accouche normalement d'une fille de 3kg600. M. S s'occupe beaucoup de ses trois enfants. Le couple est heureux.

### **Commentaires**

Cette observation montre que les deuils mal résolus de pertes périnatales peuvent suivre une filière masculine. C'est la perception de l'angoisse réactivée de sa mère au moment où elle va devenir grand-mère qui faisait sans doute peur à M. S. Sa peur s'est transférée sur la grossesse de son épouse. Son attitude pendant les deux premières grossesses de son épouse évoque le syndrome de la couvade. La difficulté de devenir père, mise en scène dans ce rituel ancestral, se manifeste habituellement par des troubles psychosomatiques chez l'homme moderne. [14] Cette difficulté pourrait être aggravée lorsqu'il existe des pertes périnatales mal résolues dans la lignée du père et expliquer certains comportements d'évitement de leur partenaire dont se plaignent parfois les femmes enceintes.

Une autre conséquence de la peur éprouvée par M. S est peut-être le défaut d'attachement à ses deux fils aînés. De même que les mères qui ont perdu un enfant lors de la grossesse précédente redoutent de s'attacher au nouvel enfant par peur de le perdre et ne construisent pas l'enfant imaginaire qui prépare l'attachement à l'enfant réel [29], la peur transmise à M. S par sa mère a pu inhiber chez lui le processus de l'attachement. Cette peur peut ainsi être à l'origine du manque d'intérêt pour ses deux fils que lui reprochait son épouse. Le manque d'attachement d'un père à ses enfants peut avoir des conséquences graves. Si les enfants sont difficiles au lieu de se montrer affectueux comme dans cette observation, il y a danger que le père réagisse par la violence et entre dans la spirale de la maltraitance.

### **Observation n°6. Des petits enfants privés de leurs grands parents.**

Melle L est enceinte pour la première fois à l'âge de 28 ans. Son compagnon, plus âgé qu'elle, était d'accord avec son projet de grossesse. Mais il la met dehors dès le sixième mois. Elle désire beaucoup son enfant. Elle se retrouve seule car, depuis sa majorité, elle a rompu toute relation avec ses parents à cause des disputes qui les déchirent sans cesse. Elle accouche à terme d'un fils de 3kg800 qui ne connaîtra ni son père, ni ses grands parents.

Les deux soeurs aînées de Melle L sont mariées et sont chacune mère de deux enfants. Depuis leur mariage, elles ont rompu toute relation avec leurs parents pour les mêmes raisons que leur soeur cadette. Leurs enfants n'ont jamais vu leurs grands parents maternels.

Peu après l'accouchement de Mlle L, sa mère consulte pour stérilité. Elle est âgée de 50 ans et ménopausée depuis quelques mois! Son mari l'accompagne. Ils demandent d'intervenir auprès de leur fille pour qu'ils puissent voir au moins une fois leur petit-fils. Leurs incessantes disputes ont amené leurs trois filles à rompre toute relation avec eux. M. L explique qu'il est furieux contre son épouse parce qu'elle a fait trois fausses-couches après leurs trois filles et qu'elle n'a plus voulu être enceinte par la suite. Elle avait trop peur d'une nouvelle perte. Il n'accepte pas qu'elle n'ait pas voulu lui donner de fils.

### **Commentaires**

Cette observation met en lumière la gravité des répercussions familiales à long terme de la persistance de réactions de deuil chronique. Parmi ces réactions, la colère est trop souvent passée sous silence. Suscitée par la frustration liée à la perte ou par l'impossibilité de l'accepter, la colère peut malheureusement être exacerbée par des soignants, médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues, travailleurs sociaux, ..., amenés à intervenir lors d'une perte périnatale. Leurs attitudes encore trop souvent inadéquates peuvent contribuer à rendre la perte inacceptable. [43] La colère entretenue peut aussi favoriser une des grandes complications du deuil périnatal, la mésentente du couple. [35] Elle empêche l'évolution favorable du deuil car elle interdit l'acceptation pleine et entière qui conditionne l'adaptation à la perte éprouvée et la reprise d'une existence normale.

Cette dernière observation montre toute la force destructrice de la colère, toute l'ampleur des conséquences du deuil périnatal mal résolu. Les disputes des parents les amènent au bord de la déchéance sociale. La famille est disloquée. Les petits-enfants ne connaissent pas leurs grands-parents. Il y a rupture des liens transgénérationnels.

### **Tableau clinique**

Les observations rapportées dans ce travail permettent d'esquisser un tableau clinique des conséquences pathologiques du deuil périnatal mal résolu qui peuvent n'apparaître que lors de la transmission de la vie à la génération suivante.

### ***Anxiété inexpliquée pendant la grossesse***

Le premier signe d'appel d'une pathologie transgénérationnelle du deuil périnatal est une anxiété intense et inexpliquée chez une femme enceinte ou, plus rarement, chez le père de l'enfant. Cette anxiété apparaît très tôt pendant la grossesse. Elle s'exprime parfois sous forme d'une peur, voire d'une terreur de l'accouchement, alors que la grossesse évolue normalement et que rien ne permet de prévoir des complications. Elle apparaît parfois plus tard, à l'approche d'une date anniversaire signifiante qui fait craindre à la future mère la répétition de l'accident de la génération précédente. L'anxiété vient parfois se greffer sur la personnalité dépressive de certaines femmes, nées d'une mère non remise d'une perte périnatale et qui ne se sont pas senties aimées par elle. En l'absence de toute cause liée aux difficultés présentes de l'existence, il est utile de demander si leur mère n'a pas fait de fausse couche ou perdu d'enfant. Beaucoup ignorent les pertes périnatales de leur mère et ne les apprennent que si elle est encore en vie ou si la relation est de qualité suffisante pour leur permettre de poser la question.

Les observations sont plus rares chez les futurs pères. Cette différence résulte peut-être d'un biais lié au champ d'observation de l'obstétricien. Les signes d'appel se trouvent plutôt dans les paroles de femmes enceintes qui se plaignent du manque d'intérêt de leur compagnon pour la grossesse, de leur surcroît de travail, de leurs rentrées tardives, de leur penchant pour la boisson, voire de leur infidélité. Ces comportements entrent-ils dans le cadre du syndrome de la Couvade? Les rares hommes qui en ont parlé disent que le ventre de leur compagne leur faisait peur. Dans les cas de pertes périnatales à la génération précédente, on peut penser que l'anxiété ont de leur mère augmente leur difficulté à devenir père.

Dans les observations rapportées ici comme dans de nombreuses autres, le futur parent qui souffre d'anxiété transgénérationnelle est le plus souvent l'enfant est qui a suivi la ou les pertes périnatales de sa mère. L'explication de cette plus grande fréquence est sans doute la peur qui accompagne toute grossesse qui suit une perte périnatale et qui peut se prolonger par une surprotection anxieuse et des troubles de l'attachement. Ce futur parent est parfois un enfant qui précède une perte périnatale, comme dans l'observation n°4 où Mme P semble avoir été le souffre-douleur du chagrin de sa mère. [52]

La pathologie du deuil périnatal transgénérationnel peut aussi se manifester par l'apparition d'un délire pendant la grossesse comme dans l'observation n°1 qui rejoint celles des délires de filiation rapportés par Guyotat. [25] L'idée délirante de Mme G peut en effet être interprétée comme une interruption de son lignage par sa mort le jour de son accouchement et suggère

l'existence d'un rapport avec les pertes périnatales de la génération précédente. On sait en effet, pour l'avoir appris six ans plus tard, que la mère de Mme G s'est remémorée pendant les grossesses de ses filles les émotions du deuil de ses enfants disparus.

### ***Reviviscence du deuil périnatal des grands-mères***

La reviviscence du deuil des pertes périnatales au moment où des femmes deviennent grands-mères peut être très intense. La manifestation la plus fréquente en est la surprotection manifestée par certaines mères qui accompagnent leur fille enceinte à la consultation prénatale. Lorsque l'on pose la question de leur passé obstétrical, il n'est pas rare qu'elles révèlent l'existence d'une ou de plusieurs pertes périnatales en présence de leur fille.

Cette reviviscence peut être très intense. Elle peut devenir pathologique lorsque des émotions non exprimées les submergent et les font sombrer dans la confusion mentale comme dans l'observation n°2. Dans une autre observation non rapportée ici, une future grand-mère, qui avait perdu son fils aîné à la naissance, maudissait sa belle fille depuis qu'elle était enceinte et lui jetait des sorts parce que sa grossesse allait lui apporter malheur, ce qui a provoqué des somatisations sous forme de colite et de menace d'accouchement prématuré.

### ***Complications de la grossesse***

La pathologie du deuil périnatal transgénérationnel peut se révéler sous forme de complications de la grossesse, menace d'accouchement prématuré comme dans l'observation ci-dessus ou retard de croissance intra-utérine, comme dans l'observation récente de Mme B. Cette dernière paraissait très heureuse d'être enceinte. Un retard de croissance intra-utérine s'installe dès le milieu du deuxième trimestre. La grossesse se termine à 36 semaines par une césarienne qui donne naissance à un garçon de 1680g. Lors de la consultation postnatale, cette mère raconte les efforts qu'elle a déployés pour dissimuler sa crainte de s'attacher à son enfant par peur de le perdre comme sa mère avait perdu son frère aîné à la naissance.

### ***Les pertes périnatales cachées***

L'histoire de Mme B nous amène à la dissimulation des pertes périnatales que l'on retrouve fréquemment dans les observations de transmission transgénérationnelle du deuil périnatal.

La première forme, intra-familiale, est la dissimulation des pertes périnatales aux enfants. Elle vient peut-être de l'intention louable et dictée par le bon sens de ne pas leur nuire. Elle est plus vraisemblablement une forme d'expression de la peur qui habite les personnes endeuillées. La peur suscite en effet nombre de comportements de fuite ou d'évitement. Cette hypothèse ne rend pas compte de tout, notamment pas du fait qu'une mère ait informé une de ses filles, et pas l'autre, de l'existence d'un fils mort-né avant leur naissance (Observation



n°1). Quoi qu'il en soit, la dissimulation de la réalité n'empêche pas les enfants de percevoir les émotions de leurs parents. Cette perception est un fait qui ne peut être nié. Elle est à l'origine des perturbations observées chez les enfants dont la mère a fait une fausse couche comme le rapporte une des plus anciennes publications des complications du deuil périnatal. [7] Les troubles d'apprentissage, les difficultés scolaires de ces enfants disparaissent comme par enchantement lorsque les parents leur parlent de la perte qu'ils ont éprouvée. [39]

La dissimulation des pertes périnatales de la génération précédente à l'obstétricien chargé de la surveillance d'une grossesse semble avoir une toute autre signification que celle de leur dissimulation intra-familiale. Dans ce cas, les pertes sont connues des futures mères qui présentent des signes d'anxiété, mais elles n'en parlent pas spontanément. Certaines hésitent à en parler, même quand la question leur est clairement posée. Elles n'en voient pas la nécessité car elles n'établissent pas de relation entre leur anxiété et les pertes de leur mère. D'autres répondent négativement car elles ne veulent pas trahir leur mère, sans doute à cause des loyautés invisibles [3] qui unissent une fille à sa mère ainsi que l'a avoué Mme B lors de la consultation postnatale. Les confidences de certaines mères autres permettent d'avancer une explication différente de leur silence. Elles ont peur d'en parler par crainte qu'il leur arrive la même chose qu'à leur mère. On retrouve ici l'influence de la pensée magique sur laquelle nous reviendrons plus loin.

### ***Complications familiales***

La pathologie transgénérationnelle peut atteindre le couple comme dans l'observation n°5. La mésentente de ce couple a comme origine les réactions d'évitement de ce mari resté sous l'emprise d'une mère qui avait perdu ses deux premiers fils à la naissance. La mésentente des couples semble bien être favorisée par les comportements masculins dénoncés plus haut par les femmes enceintes: manque d'intérêt pour la grossesse, surmenage professionnel, sorties nocturnes, boisson, infidélité.

Cette pathologie peut enfin atteindre les enfants et l'ensemble de la famille. Trois mécanismes susceptibles de s'enchaîner peuvent être relevés dans les observations présentées ici. Le premier est la projection de l'anxiété d'une mère sur sa fille quand elle attend un enfant, surtout s'il est de même rang que celui perdu par sa mère à la génération précédente, et/ou à l'approche d'une date anniversaire signifiante. Le deuxième est le défaut d'attachement à l'enfant attendu. On a vu les conséquences des réactions d'un père plus préoccupé par la dépression de sa mère que par les grossesses de sa femme et ses propres enfants. Ce défaut d'attachement peut aussi favoriser chez les mères le développement d'une dépression postnatale avec ses répercussions sur le développement de l'enfant et la stabilité du couple. [33] Le troisième mécanisme est la rupture des liens transgénérationnels, entre des petits

enfants et leurs grands parents, à la suite de la mésentente induite par le caractère inacceptable de certaines pertes périnatales (Observation n°5).

## II. Approche thérapeutique:

### Rencontre entre la future mère et sa mère en consultation prénatale

#### Hypothèse de travail

L'hypothèse de base de ce travail est la transmission, dans certains cas inconsciente, du deuil périnatal d'une génération à la suivante par le canal des émotions. Elle repose sur deux pathologies complémentaires: la persistance des émotions du deuil mal résolu de leurs pertes périnatales chez des mères et une anxiété inexplicquée de leurs filles, parfois de leurs fils, lorsqu'ils transmettent à leur tour la vie.

Certaines femmes enceintes connaissent parfois la source de leur anxiété. Elles la situent très justement chez leur mère. Certaines redoutent de la rencontrer pour ne pas souffrir de leur angoisse. Elles s'étonnent qu'elle soit plus inquiète qu'elles-mêmes pour leur grossesse. La genèse de leur anxiété semble donc bien être la transmission de mère à fille, parfois de mère à fils, d'émotions de deuil périnatal mal résolu. D'autres femmes enceintes n'établissent pas de relation entre leur anxiété et celle de leur mère. La réception des émotions réactivées de leur mère est souvent inconsciente. Ce caractère inconscient est attesté par les rêves, les cauchemars qui sont à l'origine du trouble anxieux de certaines futures mères. Il est attesté aussi par la méconnaissance totale des pertes périnatales de leur mère par nombre de femmes enceintes à qui elles ont été dissimulées. Au stade actuel, il est impossible de savoir si ce réveil des « spectres du passé » [32] peut avoir lieu spontanément du simple fait de la grossesse et de la transparence psychique qui l'accompagne [5]. Il faudrait pour cela une observation où l'obstétricien connaît l'existence de pertes périnatales chez la mère d'une femme enceinte qui n'a aucune connaissance des pertes de sa mère et aucune possibilité de contact avec une personne susceptible de l'informer.

#### Rôle des émotions

L'omniprésence des émotions dans les observations de transmission transgénérationnelle du deuil périnatal rend nécessaire d'essayer de définir leurs fonctions avant d'aborder l'approche thérapeutique.

Les émotions, étymologiquement "*mouvements hors de*", sont des états de conscience complexes accompagnés de modifications physiologiques. [26] Sans entrer dans la querelle jamais résolue entre les tenants de la théorie centrale ou cognitive des émotions et ceux de la théorie périphérique de James-Lange [21], il faut admettre que, par les modifications physiologiques qui leur sont inhérentes, les émotions se donnent à voir aux autres car elles s'expriment par des mouvements corporels sélectionnés comme les instincts par la nature [13] ou par la culture [17]. Elles n'ont donc pas le caractère privé qui leur est généralement

attribué depuis que Descartes a écrit qu'elles sont "des perceptions ou des sentiments de l'âme". [15] Grâce aux mouvements corporels qui les composent [17] et à l'expression verbale qu'elles suscitent [38], les émotions auraient une fonction de coordination des actions entre les individus d'une même espèce. [17]

Le trouble anxieux de plusieurs femmes enceintes semble résulter d'une dissociation entre les émotions héritées de leur mère et les faits, les pertes périnatales, qu'elles n'ont pas ou peu connus. Ce trouble peut être comparé aux fantômes de Selma Fraiberg qui sortent des placards des chambres d'enfants (le passé des parents) pour leur causer des troubles de l'alimentation, du sommeil, de l'apprentissage de la propreté. [19] Mais ici, les fantômes ne sortent de leur placard que beaucoup plus tard, lorsque les enfants transmettent à leur tour la vie.

Le délire de la jeune mère de l'observation n°1 est d'une autre gravité. Elle n'a manifesté aucune émotion quand elle a annoncé qu'elle allait mourir le jour de son accouchement. Sa grossesse n'a présenté aucune complication somatique. Pour reprendre l'hypothèse de Selma Fraiberg, toutes ses émotions ont sans doute été refoulées parce qu'elle s'est identifiée à un agresseur. [19] Si l'on se rappelle que c'est sa mère qui lui a annoncé dans un rêve sa mort le jour de son accouchement, l'identité de son agresseur est peut-être sa mère en détresse qui l'a portée et maternée dans le deuil de ses frères aînés.

Il reste à élucider le rôle de la pensée magique présente dans plusieurs observations de cette étude. Selon Sartre, l'émotion serait le passage du monde de la pensée logique à celui de la magie. Elle naîtrait de la perte de toute possibilité d'action sur le monde extérieur. [46] Mais c'est l'inverse qui se produit dans la transmission transgénérationnelle du deuil périnatal. L'existence d'émotions antérieures à la grossesse donne l'impression d'une perte de contact avec la réalité. Les confidences de certaines femmes portent à croire que ce mode de pensée peut rendre compte de la dissimulation des pertes périnatales aux enfants pour ne pas leur faire de tort, de leur dissimulation aux obstétriciens pour éviter la répétition du malheur, des incantations de la belle-mère qui maudissait sa belle-fille et de la croyance en l'imminence d'une catastrophe à l'approche d'un signifiant comme une date anniversaire ou une grossesse de même rang que celle perdue à la génération précédente.

### **Approche thérapeutique**

Si la prise en compte des émotions et des théories proposées pour en comprendre la signification [17, 46] permet de d'expliquer la complexité de la transmission du deuil périnatal d'une génération à l'autre, elle permet aussi de proposer une intervention thérapeutique pour en prévenir les conséquences pathologiques. L'idée d'une intervention est venue de l'effet heureux de la présence à la consultation prénatale de la grand-mère qui avait

été hospitalisée pour confusion mentale à la fin de la première grossesse de sa fille (Observation n°2).

### ***La rencontre entre la future mère et sa mère en consultation prénatale***

L'intervention imaginée est d'inviter à la consultation prénatale les mères de femmes enceintes souffrant d'anxiété inexplicée. Il leur est tout d'abord demandé si leur mère n'a pas eu de fausse couche ou perdu un ou plusieurs enfants. Si la réponse est négative, il leur est proposé de choisir un moment adéquat pour lui poser la question. En cas de réponse positive, la mère est invitée à la consultation prénatale suivante.

Les mères répondent à l'invitation dans la majorité des cas. C'est avec beaucoup d'émotions qu'elles parlent des enfants qu'elles ont perdus, même s'il ne s'agissait que de fausses couches précoces ou de grossesses extra-utérines. Pendant qu'elles s'expriment, leurs filles ouvrent véritablement les yeux. Elles découvrent une mère qu'elles ne connaissaient pas. Elles retrouvent l'amour qui leur était masqué par le chagrin qui les submergeaient. Elles retrouvent la mère perdante, la mère aimante des origines [5], celle qui les a maternées et dont l'importance n'est plus à nier dans la réussite de la grossesse aussi bien sur le plan psychologique [5] que biologique [47]. La charge émotive du début de l'entretien se dissipe peu à peu. Il se termine souvent par une réconciliation entre la mère et la fille et une alliance pour la préparation de la venue du bébé.

Dans certains cas, la jeune femme pense qu'il est inopportun d'inviter sa mère ou, plus rarement, cette dernière refuse l'invitation. Dans ces cas, il s'est révélé utile de décrire à la jeune mère les grandes émotions du deuil périnatal et de lui proposer d'essayer d'imaginer l'état dans lequel sa mère l'a attendue, mise au monde et élevée. La réparation de la relation mère-fille n'est peut-être pas aussi spectaculaire que lors de leur rencontre effective, mais la future mère commence à voir sa mère sous un autre angle. L'amélioration de l'état anxieux qui s'en suit est sans doute lié aux modifications qui s'opèrent dans les représentations que ces filles avaient de leur mère. Elle leur permet de trouver en elle le soutien dont elles ont besoin. [50]

L'obtention de cet effet thérapeutique nécessite un double "moment de rencontre", pour reprendre un des concepts qui permettent de comprendre le processus du changement thérapeutique. [51] Le premier est le moment de rencontre intersubjective qui doit s'établir entre l'obstétricien et la future mère pour que la proposition d'inviter sa mère soit acceptée. Ce moment n'est possible que lorsqu'une alliance s'est établie autour d'un objectif commun, la réussite de la grossesse. La facilité avec laquelle la proposition est examinée indique qu'elle rejoint une préoccupation majeure des femmes enceintes, celle de retrouver leur mère des origines [5] ou, en son absence, de se constituer un réseau de soutien de figures maternelles. Elle indique ainsi que la "constellation maternelle" qui régit le psychisme des mères [50] est

déjà bien présent pendant la grossesse. Le second moment de rencontre ne se produit plus entre l'obstétricien et sa cliente mais bien entre la future mère et sa propre mère. Ce second moment est sans doute le plus important dans le changement thérapeutique qui intervient, à condition d'éviter un certain nombre de dangers.

### ***Les dangers et les difficultés de la rencontre mère-fille***

Le danger de la rencontre ou de la réparation de la relation mère-fille est le renforcement d'une éventuelle fusion émotionnelle. Ce danger semble toutefois plus théorique que réel. C'est en effet à une véritable prise de distance de la fille par rapport à sa mère et au développement de liens affectifs plus harmonieux que l'on assiste dans la plupart des cas. Pour éviter ce risque, il est prudent de ne pas oublier le père de l'enfant attendu. Il est utile de recommander à la future mère de faire comprendre à son compagnon, et plus tard à leur enfant, l'origine de l'anxiété qui l'a accablée pendant la grossesse, tout en respectant la confidentialité de certaines révélations. La grossesse se poursuit alors dans une plus grande sérénité et une plus grande disponibilité envers l'enfant attendu.

La rencontre mère-fille se révèle parfois difficile. Trop grande est la souffrance liée aux pertes périnatales de la génération précédente et aux circonstances qui les ont entourées. La tension émotionnelle ne se dissipe pas. La compétence de l'obstétricien est dépassée. Il doit alors être en mesure de proposer une aide psychologique spécialisée à la femme enceinte et éventuellement à sa mère.

Dans une observation récente, une jeune primigeste était déprimée depuis le début de la grossesse. Elle savait que sa mère avait fait une fausse couche avant sa naissance. Une première entrevue à la consultation prénatale s'est passée dans la froideur. Les propositions d'aide psychologique sont refusées à plusieurs reprises. A l'approche du terme, la jeune femme se plaint d'être de plus en plus déprimée par les attitudes de sa mère à son égard. Les pleurs que chacune de ses visites provoquent chez sa mère lui causent un profond sentiment de culpabilité car elle se croit responsable de son chagrin. Un rendez-vous est pris à la consultation prénatale suivante pour un nouvel entretien mère-fille. La mère éclate en sanglots et apprend à sa fille les circonstances dramatiques de l'accouchement prématuré où elle a perdu son premier enfant et celles, tout aussi dramatiques, de sa seconde grossesse au cours de laquelle elle a été longuement hospitalisée pour ne pas la perdre. L'entretien se termine par une prise de rendez-vous chez une psychothérapeute différente pour la fille et pour la mère. L'accouchement se passe bien. Lors de la consultation postnatale, la jeune mère reconnaît qu'elle aurait peut-être dû accepter plus tôt l'aide psychologique proposée pendant la grossesse, mais elle avait "*peur de s'effondrer*". La révélation par sa mère des faits qui ont entouré sa naissance l'a en effet beaucoup aidée. Elle est heureuse d'être sortie de sa dépression dans laquelle elle était enfermée depuis le début de sa grossesse.

La crainte de l'effondrement [54] doit être respectée quand elle est exprimée lors d'une proposition d'aide psychologique. Elle ne doit toutefois pas nous faire oublier que la transmission de la vie psychique se fait de façon concomitante à la vie biologique. [5] Il faut se rappeler aussi que lorsque la peur de remuer le passé existe, l'effondrement a déjà eu lieu. [54] Si les émotions écrasantes qui en résultent ne sont pas verbalisées à un thérapeute, obstétricien ou psychologue capable de les aider à leur donner sens, il est à craindre qu'elles ne viennent troubler plus tard les relations mère-enfant. [11, 12, 19] Par contre, lorsque la jeune mère parle spontanément ou que l'accompagnement de l'obstétricien parvient à faire mûrir une demande d'aide, elle éprouve l'immense soulagement d'être libérée d'émotions étouffantes. L'entretien mère-fille enceinte à la consultation prénatale constitue peut-être un cadre susceptible de favoriser, et de contenir en même temps, l'expression d'émotions héritées du passé, de leur donner un sens en rapport avec la réalité des faits qui en sont à l'origine et de prévenir pendant la grossesse leur interférence dans les relations précoces mère-enfant.

Dans un petit nombre de cas, le trouble mental de la future mère relève d'emblée, comme dans l'observation n°1, de l'aide psychologique spécialisée. Dans ces cas, il est permis d'espérer que l'effet thérapeutique heureux de l'évocation des pertes périnatales de la génération précédente permette le développement de thérapies spécifiques comme celles qui ont permis de soulager les troubles des enfants des survivants de l'holocauste. [48]

### ***Les conditions de la rencontre***

L'organisation de la rencontre mère-fille dans le cadre d'une consultation prénatale nécessite un certain nombre de conditions. Les premières rencontres ont eu lieu dans les locaux d'une consultation prénatale de l'ONE<sup>2</sup> qui abritaient aussi un centre de guidance psychologique. Cette disposition privilégiée permettait d'avoir recours à un(e) psychologue lorsque le besoin s'en faisait sentir. Par la suite, il est fait appel à une psychologue formée à la psychanalyse et à la psychologie périnatale chaque fois qu'un éclairage est nécessaire pour comprendre les mises en scène de l'inconscient et prendre éventuellement le relais de l'accompagnement psychologique de la future mère.<sup>3</sup> Lorsque la compétence de l'obstétricien est dépassée, le passage à la relation d'aide psychologique est organisé lorsque la demande en est formulée au cours de la rencontre mère-fille. L'organisation de ces rencontres demande donc à

---

<sup>2</sup> L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est l'organisme d'Etat chargé de la Protection Maternelle et Infantile en Communauté Française de Belgique. Il a mis sur pied depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale des consultations prénatales pour rendre accessible la surveillance spécialisée de la grossesse au plus grand nombre possible de mères. La spécificité de ces consultations est la collaboration entre les gynécologues et les TMS (Travailleurs Médico-Sociaux) de l'ONE qui effectuent des visites au domicile des futures mères.

<sup>3</sup> Psychologue attachée au Centre Périnatal du Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli. Les Centres Périnataux sont subventionnés par l'ONE pour favoriser l'éducation à la santé et l'accompagnement psycho-social des futures mères dans le but d'améliorer l'accueil de l'enfant. La formation spécifique reçue par la psychologue du Centre Périnatal de Tivoli est un cycle complet de la formation à l'approche médico-psychologique de la périnatalité organisée à Montpellier (France) par l'Afrée sous la Présidence du Docteur Françoise Molénat.

l'obstétricien de prévoir des personnes spécialisées dans la relation d'aide psychologique dans le réseau des intervenants qui collaborent avec lui aux soins de la grossesse et de la naissance. L'obstacle principal est le manque de temps dans lequel est enfermée la pratique actuelle de la médecine. Les efforts déployés pour vaincre cet obstacle sont toutefois largement compensés par le plaisir de voir s'épanouir des mères qu'une grossesse ardemment souhaitée a plongées dans l'angoisse. Le véritable problème réside plutôt dans la difficulté de concilier, dans le temps de la même consultation, la logique scientifique et la haute technicité de l'obstétrique moderne, avec la logique du sujet [27] dont la prise en compte est, d'un point de vue éthique, nécessaire à la pratique d'une médecine humaine.

### **Conclusion**

Les observations rapportées dans ce travail montrent un certain nombre de pathologies du deuil périnatal qui n'apparaissent que lorsque la génération suivante transmet à son tour la vie. Ces pathologies invalidantes sont la réactivation du deuil chez les mères éprouvées par des pertes périnatales pendant la grossesse de leur fille et parfois d'une belle-fille, un trouble anxieux inexplicable chez leur fille enceinte, des perturbations chez les petits enfants et la rupture des liens familiaux transgénérationnels. Dans nombre de cas, l'enregistrement systématique des pertes périnatales de la fratrie des futures mères lors de l'établissement du dossier obstétrical permet d'identifier l'origine de troubles anxieux inexplicables. Dans d'autres cas, ce sont les questions posées aux mères des patientes qui permettent d'apprendre l'existence de pertes périnatales dont l'existence est cachée à leur fille ou à leur fils. Le nombre de pertes périnatales cachées par les parents à leurs enfants est inconnu. La fréquence des réponses positives aux questions posées aux mères des patientes permet de penser qu'il doit être important. L'incidence de la transmission inconsciente d'émotions de deuils mal résolus de grands-mères à leur fille ou à leur fils, puis de leurs enfants à leurs petits-enfants, est également tout à fait inconnue. Elle ne doit pas être négligeable si l'on tient compte des résultats d'une enquête qui a montré une relation pathologique mère-enfant chez plus du tiers des mères qui ont perdu un enfant à la naissance [41].

Par la transparence psychique qui la caractérise [5], la grossesse constitue un moment privilégié pour une prévention des effets pathogènes de la transmission transgénérationnelle du deuil périnatal mal résolu. [22] La rencontre mère-fille dans le cadre de la consultation prénatale peut être considérée comme une mesure de prévention à la fois secondaire et tertiaire. C'est une mesure de prévention tertiaire car en soulageant la mère et la fille d'émotions qui les accablent, elle tend à diminuer les effets d'une pathologie déjà installée. C'est aussi une mesure de prévention secondaire car elle permet d'éviter la transmission des fantômes de la génération précédente aux enfants de la nouvelle génération. Ces entretiens ne peuvent toutefois être réalisés qu'en respectant la mère aussi bien que la fille, tant dans leur acceptation d'y participer que dans les confidences qui pourraient y être révélées. Il faut aussi



que l'obstétricien se soit au préalable entouré d'un réseau de psychothérapeutes disponibles lorsque sa compétence personnelle est dépassée. Il ne faut enfin pas oublier la prévention primaire qui consiste en l'accompagnement et le suivi de chaque perte périnatale. La diminution des troubles psychiatriques [18] et la disparition de la problématique de l'enfant de remplacement [36] chez les mères aidées montrent la valeur des attitudes qui se sont développées à partir du début des années 70 dans les pays anglo-saxons et à partir des années 80 en Europe francophone [16, 42].

### Remerciements

Ce travail a pu être réalisé grâce au subside accordé par l'Office de la Naissance et de l'Enfance de la Communauté française de Belgique (ONE) à la recherche sur le deuil périnatal. Je tiens à remercier le Professeur Léon Cassiers, psychiatre et psychanalyste, Professeur Emérite et ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain, des nombreux et longs entretiens qu'il m'a accordés au début des années 80 pour me permettre de parler du deuil périnatal, Madame Rose-Marie Fierens, psychologue du Centre Périnatal de Tivoli, de la disponibilité dont elle fait preuve depuis près de 12 ans chaque fois qu'une situation clinique difficile relève de la logique du sujet et le Docteur Monique Bydlowski, Directeur de Recherche à l'INSERM (Paris), des remarques judicieuses formulées au cours de la rédaction du manuscrit.

### Bibliographie

1. Abraham N. Lettre à Freud du 13 mars 1922 citée par Torok M. Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis. (1968) In: Abraham M, Torok M. L'Ecorce et le Noyau. Paris: Flammarion 1987; 229-75.
2. Alby N. L'enfant de remplacement. L'évolution psychiatrique. 1974; 39: 557-66.
3. Boszormenyi-Nagy I, Spark G. Invisible Loyalties. (1973) New York: Brunner/Mazel, 1984.
4. Bowlby J. Attachement et perte. Vol. 3. La perte. Tristesse et dépression. Paris: PUF, 1984.
5. Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: PUF, 1997.
6. Cain AC, Cain BS. On replacing a child. J Am Acad Child Psychiatry 1964 ;3: 443-56
7. Cain AC, Erickson ME, Fast I, Vaughan RA. Children's disturbed reactions to their mother's miscarriage. Psychosom Med 1964; 26: 58-66.
8. Canadian Paediatric Society. Fetus and Newborn Committee. Support for parents experiencing perinatal loss. Can Med Assoc J 1983; 129: 335-339.
9. Coddington ED. Life events associated with adolescent pregnancies. J Clin Psychiatry 1979; 40: 180-5.
10. Commission Nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990). Rapport à l'attention du Parlement. I - 1 janvier 1993 - 31 décembre 1993. II - 1 janvier 1994 - 31 décembre 1995. Bruxelles: Parlement, 1994, 1996.
11. Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. Etudes cliniques et techniques. Paris: PUF, 1993.
12. Cramer B. Secret de femmes de mère à fille. Calmann-Lévy, 1996.
13. Darwin C. The expressions of the emotions in man and animals. (1872) Chicago: The University of Chicago Press, 1965.
14. Delaisi de Parseval G. La part du père. Paris: Seuil, 1981.

15. Descartes R. Les passions de l'âme. (1649) Editions Mille et Une Nuits, 1996.
16. Deuils et naissance. Actes du colloque international organisé par l'ONE les 20-21 avril 1990 autour du deuil périnatal. L'Enfant 1992 (suppl).
17. Dumouchel P. Emotions. Essai sur le corps et le social. Editions Synthélabo, 1995. Coll. Les empêcheurs de penser en rond.
18. Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death : a study of support and counselling after perinatal bereavement. Br Med J 1982; 285: 1475-79.
19. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. J Am Acad Child Psychiatry 1975; 14: 387-421.
20. Freud S. Deuil et mélancolie. In: Freud S. Métapsychologie. Paris: Gallimard, 1968; 147-74.
21. Frijda NH. Les théories des émotions: un bilan. (1988) In: Rimé B, Scherer K. (Eds). Les émotions. Neuchatel: Delachaux et Niestlé, 1993. Coll. Textes de base en psychologie.
22. Gauthier Y. Facteurs de développement, facteurs de changement. Spirale 1996; 1: 204-10.
23. Gélis J. L'arbre et le fruit. Paris: Fayard, 1984.
24. Golse B. Le concept de transgénérationnel? Bull. WAIMH-France, 1995; 2: 1-8.
25. Guyotat J. Mort/naissance et filiation: études de psychologie sur le lien de filiation. Paris: Masson, 1980.
26. Le Nouveau Petit Robert. Paris: Les Dictionnaires Le Robert, 1993.
27. Lebrun JP. De la maladie médicale. Bruxelles: De Boeck-Wesmael, 1993.
28. Leon IG. Perte périnatale, une conceptualisation psychanalytique. Devenir 1995; 7: 9-30.
29. Lewis E, Page A. Failure to mourn a stillbirth: an overlooked catastrophe. Br J Med Psychol 1978; 51: 237-41.
30. Lovell A. Some questions of identify : late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. Soc Sci Med 1983; 17: 755-61.
31. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Politique de Périnatalité. Gouvernement du Québec, 1993.
32. Molénat F. Mères vulnérables. Paris: Stock-Laurence Pernoud, 1992.
33. Murray LM, Cooper PJ. The impact of postpartum depression on infant development. Int Rev Psychiatry 1996; 8: 37-54.
34. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry 1980; 43: 155-9.
35. Peppers LG, Knapp RJ. Motherhood and mourning. New York: Praeger, 1980.
36. Phipps MS. The subsequent pregnancy after stillbirth: anticipatory parenthood in the face of uncertainty. Intern J Psychiatry Med, 1985; 15: 243-64.
37. Raimbault G. Lorsque l'enfant disparaît. Paris: Odile Jacob, 1996.
38. Rimé B, Philippot P, Boca S, Mesquita B. Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: social sharing and rumination. Europ Rev Soc Psychology 1992; 3: 225-58.
39. Rousseau P. Le deuil périnatal. L'Enfant. 1984; 5: 39-52. Réédité dans: Bull Soc Fr Psycho-Prophylaxie Obstét. 1986; 100: 23-30.
40. Rousseau P. Le deuil périnatal. Psychopathologie et accompagnement. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1988; 17: 285-94.
41. Rousseau P, Fierens RM. Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale. J Gyn Obstet Biol Reprod 1994; 23: 166-74.
42. Rousseau P. La prise en charge de la dimension psychologique: la mort périnatale et la grossesse ultérieure. In: Molénat F. Grossesse, naissance, deuil: les pratiques. Les Cahiers de l'Afrée, 1995; 4; 67-87.
43. Rousseau P. Les pertes périnatales, la famille, les soignants et la société. Devenir 1995; 7: 31-60.

44. Rousseau P. La grossesse après perte périnatale. *Gynécologie et psychosomatique* 1998; 21: 27-33.
45. Roy J, Molénat F, Viala JL, Laffargue F, Visier JP. Grossesses survenant après une mort périnatale. Elaboration d'un indice de risque psychologique. *J Gyn Obstet Biol Reprod*, 1988; 17: 75-82.
46. Sartre J-P. *Esquisse d'une théorie des émotions*. (1938) Paris: Hermann, 1995.
47. Segueilla M. Prise en charge psychologique des femmes présentant une Menace d'Accouchement Prématuro. *Gynécologie et psychosomatique* 1997; 20: 10-15.
48. Shoshan T. Mourning and Longing from Generation to Generation. *Am J Psychotherapy* 1989; 43: 193-207.
49. Stern DN. *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris; PUF, 1989.
50. Stern D. *La Constellation maternelle*. Paris: Calmann-Lévy, 1997.
51. Stern D. Le processus du changement thérapeutique. Intérêt de l'observation du développement de l'enfant pour la psychothérapie de l'adulte. Ben Soussan P. (éd.) *Naissance et développement de la vie psychique*. Erès, Coll. Mille et un bébés. 1997, 39-57.
52. Tooley K. The choice of surviving sibling as "scapegoat" in some cases of maternal bereavement: a case report. *J Child Psychol Psychiatry* 1975; 16: 331-41.
53. Winnicott DW. *La préoccupation maternelle primaire* (1956). In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969: 285-291.
54. Winnicott DW. *La crainte de l'effondrement*. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1975; 11: 35-44.

## Table des matières

RESUME .....	2
MOTS-CLES DEUIL PERINATAL - EMOTIONS - PATHOLOGIE TRANSGENERATIONNELLE - PREVENTION .....	2
SUMMARY .....	2
KEY WORDS PERINATAL BEREAVEMENT - EMOTIONS - TRANSGENERATIONAL PATHOLOGY - PREVENTION .....	2
DEUIL PERINATAL TRANSGENERATIONNEL.....	3
I. DESCRIPTION CLINIQUE .....	3
LE DEUIL PERINATAL.....	4
LA GROSSESSE SUIVANTE .....	5
OBSERVATION N°1. DELIRE DE MORT PENDANT LA GROSSESSE. ....	6
<i>COMMENTAIRES</i> .....	7
OBSERVATION N°2. CONFUSION MENTALE D'UNE GRAND-MERE. ....	7
<i>COMMENTAIRES</i> .....	9
OBSERVATION N°3. FAUSSES COUCHES CACHEES. ....	9
<i>COMMENTAIRES</i> .....	10
OBSERVATION N°4. ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU PETIT FRERE.....	10
<i>COMMENTAIRES</i> .....	11
OBSERVATION N°5. DU COTE DU PERE. ....	13
<i>COMMENTAIRES</i> .....	13
OBSERVATION N°6. DES PETITS ENFANTS PRIVES DE LEURS GRANDS PARENTS. ....	14
<i>COMMENTAIRES</i> .....	14
TABLEAU CLINIQUE.....	14
<i>ANXIETE INEXPLIQUEE PENDANT LA GROSSESSE</i> .....	15
<i>REVIVISCENCE DU DEUIL PERINATAL DES GRANDS-MERES</i> .....	16
<i>COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE</i> .....	16
<i>LES PERTES PERINATALES CACHEES</i> .....	16
<i>COMPLICATIONS FAMILIALES</i> .....	17
II. APPROCHE THERAPEUTIQUE: .....	19
RENCONTRE ENTRE LA FUTURE MERE ET SA MERE EN CONSULTATION PRENATALE .....	19
HYPOTHESE DE TRAVAIL .....	19
ROLE DES EMOTIONS .....	19
<i>LA RENCONTRE ENTRE LA FUTURE MERE ET SA MERE EN CONSULTATION PRENATALE</i> .....	21
<i>LES DANGERS ET LES DIFFICULTES DE LA RENCONTRE MERE-FILLE</i> .....	22
<i>LES CONDITIONS DE LA RENCONTRE</i> .....	23
CONCLUSION .....	24
REMERCIEMENTS .....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	25
TABLE DES MATIERES.....	28