

MORT ET DEUIL PERINATAL EN MATERNITES CAMEROUNAISES.

Justin EBOULE EBOULE

*Docteur Ph. D. en psychologie clinique et psychopathologie
Université de Yaoundé I*

Résumé

Au Cameroun, la gestion de la mort périnatale à l'hôpital prive la parturiente de la vue du corps. Or, pour la psychanalyse, la dépouille représente le support principal dans l'élaboration de la perte. Sa privation compromet le processus de deuil, avec une évolution pathologique possible. Il se pose alors le problème de la difficulté attendue de la parturiente à faire le deuil lorsque la gestion de la mort en maternité la prive du support principal. Pour résoudre ce problème, nous avons récolté des données auprès de trois sujets rencontrés au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY). Ces données ont été interprétées à la lumière des théories psychanalytiques du deuil. Les résultats montrent que la vue du corps facilite le travail de deuil mais n'en constitue pas le support essentiel ; c'est plutôt la confrontation à la frustration. Cependant, la privation du corps est un facteur favorisant des complications psychopathologiques.

Mots clés : *mort périnatale, deuil périnatale, rituel de deuil, traumatisme maternel, complications psychopathologiques.*

1. Introduction

Le problème de la mort périnatale est très fréquent dans les services obstétricopédiatriques. Ces morts se produisent soit spontanément in utero, soit de façon provoquée dans le cadre de l'interruption dite thérapeutique de grossesse. Elles peuvent également survenir pendant l'accouchement ou après la naissance : en salle d'accouchement même ou en secteur de réanimation. De ce fait, on pourrait définir la mort périnatale, au plan médical, comme étant la mort d'un enfant survenant entre la vingt-deuxième semaine de gestation et les sept premiers jours de la vie. Dans le cadre psychanalytique, il est

essentiel d'inclure les pertes du début de la grossesse (fausse couche spontanée, grossesse extra-utérine), au sens du chagrin que peuvent ressentir les mères endeuillées.

Il s'agit d'un phénomène qui reste très significatif au Cameroun où, les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 2004 (EDSC III) révèlent que sur 1000 naissances vivantes, 74 enfants meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (29% entre 0 et 1 mois exacte et 45% entre 1 et 12 mois exacts). Ces décès se produisent généralement dans les centres hospitaliers, comme l'indique l'EDSC 2011 qui révèlent que, parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, environ 3/5 se sont déroulées dans un établissement de santé, soit 61% : le secteur public compte 40% contre 21% pour le secteur privé. Le milieu hospitalier semble être le lieu où se produit le plus grand nombre de morts périnatales recensées, comme c'est le cas au CHYU, où on a enregistré près de 1362 cas de morts périnatales entre juillet 2002 et janvier 2009. Il s'agit de morts précoces qui plongent les parturientes dans un véritable deuil.

Pour les auteurs comme (Hanus 122) ; (Bacqué et Hanus 87), si, au cours de ce type de perte, la mère a été mise à l'écart (privation du corps et des indices du décès), il peut s'en suivre une apparition d'obstacles dans le travail interne et inconscient du deuil. Ce que (Hanus, 36) a qualifié de "complications psychopathologiques." Pour ces auteurs, on ne peut faire le deuil de "rien". On ne peut faire le deuil que du "connu". En d'autres termes, l'identification du corps du bébé mort en maternité de même que les traces de celui-ci, qui constituent un rituel de deuil, rester des éléments déterminants pour le travail de deuil de la parturiente. C'est à ce titre que (Thomas 58) dira que :

"La pratique du rituel de deuil s'avère d'une importance capitale pour le déroulement du travail de deuil. Cette pratique exige la présence du cadavre car, sa matérialité

fait prendre conscience de la réalité de la mort et est malgré tout bénéfique ; la certitude du pire étant, définitive, mais moins traumatisante que l'incertitude".

“Le corps mort [est pour cet auteur], le point d’appui du rituel funéraire”.

Suivant ces perspectives psychanalytique et anthropologique du deuil, il ressort que le travail de deuil est facilité par la confrontation à la preuve de réalité et son acceptation progressive. Or, durant notre stage de recherche au CHUY, nous avons observé que la gestion de la mort de l’enfant/rituel en maternité tant à priver la parturiente de la preuve du décès de son enfant (corps et/ou des indices de la mort). L’enjeu étant, pour le corps hospitalier et même la famille, de penser protéger la parturiente d’une grande souffrance.

Le présent article pose donc le problème de la difficulté de l’élaboration du deuil périnatal lorsque la parturiente est privée du corps et/ou des indices du décès (mise à l’écart). Ainsi, pour mieux appréhender ce problème nous nous sommes posés la question de savoir si la mise à l’écart de la mère du rituel de deuil en maternité est un facteur pouvant compromettre le cours normal du deuil périnatal. Comme réponse à cette question nous avons formulé l’hypothèse suivante : la mise à l’écart de la parturiente lors d’un décès périnatal compromet le travail de deuil.

2. Description de la méthode de recherche

2.1. Forma de la recherche : recherche qualitative

Pour comprendre le deuil des parturientes en situation de privation du corps et/ou des indices du décès de leur enfant en maternité, une méthodologie de recueil et d’analyse des données qualitatives a été appliquée, plus précisément la méthode clinique car, elle s’intéresse à la personne dans son ensemble.

“Si la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrant, elle ne peut que se centrer sur le cas, c’est-à-dire l’individualité ” (Pedinielli 34). La méthode clinique est avant tout centrée sur l’étude de cas.

2.2. L’étude de cas

Nous avons opté pour l’étude de cas car, notre recherche porte sur la découverte et la description des expériences vécues par la mère après une perte périnatale, et surtout, lorsqu’elle est privée du corps de l’enfant de même que des indices de son décès.

Selon (Pedinielli 65), l’étude de cas est définie comme “ une forme de recueil et d’interprétation des données supposant que dans l’approche d’un problème on se fixe comme objectif de comprendre une personne (un groupe) et non seulement le problème ou le symptôme”. Grâce à cette démarche, nous pouvons comprendre le phénomène de deuil périnatal à travers une collecte de données approfondies auprès de trois cas rencontrés au CHUY.

2.3. Description du site de la recherche et de la gestion de la mort périnatale.

La présente recherche s’est déroulée dans le pôle de pédiatrie et spécialité ; et le pôle de gynécologie obstétrique du CHUY, qui est un hôpital de référence et d’excellence au Cameroun. C’est dans cette formation sanitaire que nous avons observé de plus près la gestion de la mort périnatale en milieu hospitalier. En effet, les mères que nous avons pu rencontrer déploraient les faits suivants : aucun renseignement sur les causes du décès de leur enfant, pas de contact avec le corps de l’enfant décédé, pas de prénom donné à l’enfant, aucune constitution des objets souvenirs, pas de participation à l’enterrement (surtout lors d’un accouchement par césarienne). L’expression des émotions liées à la souffrance induite par le deuil n’est pas autorisée. L’enjeu ici est celui de protection de la

parturiente. Cette pratique, nous l'avons qualifiée de « mise à l'écart ».

2.4. Les participants à l'étude

Pour cette recherche, nous avons donc pu avoir un échantillon constitué de trois mères dont l'âge varie entre 22 et 32ans. Ce sont des mères qui ont perdues leurs enfants au CHUY au cours de la période périnatale. Il s'agit des mères ayant honorées régulièrement au rendez-vous. Aux vues des objectifs de notre recherche, cet échantillon a été constitué grâce à des critères d'inclusion et de non inclusion comme suit :

➤ *Critères d'inclusion*

- Avoir perdu son enfant en milieu hospitalier ;
- avoir perdu son enfant soit en fin de gestation, à l'accouchement, soit au cours des sept premiers jours après la délivrance ;
- avoir perdu son enfant six mois et plus avant le début de la recherche ;
- Avoir été ou pas mise à l'écart au cours du deuil.

➤ *Critères de non inclusion*

- Nous ne retiendrons pas pour cette recherche, les mères ayant perdu leur fœtus ou leur nourrisson hors du cadre hospitalier ;
- Nous ne retiendrons pas de critères concernant le nombre de gestations ou d'accouchement vécues par la participante.

Nous présentons dans le tableau suivant les caractéristiques des trois sujets que nous avons pu retenir.

Tableau N°1 : description des sujets

Cas	Agés	Sexe	Profession	Statut matrimonial	Sérologie HIV	Durée de la perte	Age de l'enfant à sa mort
Claire	32	F	coiffeuse	Célibataire	positif	5 Mois	1 jours
Nadine	22	F	couturière	Veuve	négatif	6 Mois	7 mois d'âge gestationnel

Alice	25	F	étudiante	célibataire	négatif	5 Mois	naissance
-------	----	---	-----------	-------------	---------	--------	-----------

Voici présentée les parturientes dont les contenus des entretiens ont été retenus pour l'étude. Les noms présentés dans ce tableau sont les noms d'emprunt pour préserver l'anonymat des sujets.

2.5. Instruments de collecte des données

Nous avons choisi comme instruments de collecte des données pour cette recherche l'entretien clinique et l'observation clinique.

2.5.1. L'entretien clinique de recherche de type semi-directif

“L'entretien est le principal instrument dont dispose le psychologue” (Pédinielli 39). L'entretien clinique est “un entretien libre, un dialogue proche du monologue et non un examen ou un interrogatoire. Il s'agit d'une méthode non directive amenant le sujet à donner de nombreuses informations sur le vécu de sa situation” (Tsala Tsala 139).

Dans la présente recherche, le type d'entretien dont nous avons fait usage est l'entretien clinique de recherche de type semi-directif. Il s'agit d'un entretien fréquemment utilisé en sciences humaines (Blanchet, 1985). Dans le champ de la psychopathologie et clinique, le recours à ce type d'entretien est d'actualité car il suscite langage et parole. Il s'agit d'un entretien qui :

“n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. C'est-à-dire qu'il se situe au carrefour de l'entretien directif et de l'entretien non-directif et n'est ni totalement libre ni totalement directif. Il comporte un patron pour entretien” (Quivy et Van Campenhoudt 195).

Pour nous entretenir avec nos sujets, nous avons réalisé un guide d'entretien comme il est de règle en psychologie

clinique. Ce guide d'entretien nous a permis d'aborder des thèmes précis avec les parturientes endeuillées. Le lecteur pourra le consulter aux annexes de l'article.

Au total, nous avons fait quinze entretiens, donc cinq par sujets. La durée de chaque séance se situait entre 45 minutes et 1heure. Les entretiens ont été espacés d'une semaine et se tenaient le vendredi en après-midi. Lors leur déroulement, l'ordre des questions s'adaptait aux associations des participantes dans le but de ne pas rompre son flux associatif. Le guide d'entretien servait de canevas. Par ailleurs, au-delà du discours verbal, il faut prendre en compte tous les messages non verbaux ; ceci est réalisable grâce à l'observation clinique.

2.5.2. L'observation clinique

Lors de nos rencontres cliniques les domaines suivants ont été investigués :

- L'expression et la présentation du sujet ;
- La mobilisation de la pensée ;
- Le comportement (agitation, agressivité, retrait) ;
- Les conduites alimentaires, la qualité du sommeil, soin corporel ;
- Les relations sociales instaurées (famille, amis, intégration professionnelle, participation à des groupes).

Les informations que nous avons recueillies auprès des parturientes endeuillées sont traitées à l'aide de la technique d'analyse de contenu.

3. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées grâce à l'analyse de contenu et plus spécifiquement à l'analyse thématique. Cette méthode d'analyse se veut une "méthode capable d'effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles" (Mucchielli 24). Précisons que, l'analyse de nos entretiens

s'inscrit dans une séquence de vie qui inclut l'avant décès de l'enfant, le décès de l'enfant et l'après décès, afin d'étudier la totalité du processus que l'expérience du deuil fait subir à la dynamique psychique des mères endeuillées.

4. Résultats

A la lumière de l'analyse clinique des résultats, il est possible de constater que les participantes à cette recherche vivent des expériences de pertes périnatales variées, mais semblables. Nous pouvons ainsi mettre en évidence des axes majeurs du vécu de leur deuil.

4.1. Le vécu de la période gravis.

La conception et la période gravis s'avèrent comme des moments primordiaux chez les participantes, caractérisés par des troubles physiques, mais surtout par le développement des interactions, qui témoignent le type de lien d'attachement pouvant exister entre elles et leur fœtus. Il convient donc de souligner l'importance de l'attachement dans l'élaboration psychique du deuil car, selon la théorie de l'attachement élaborée par Bowlby en 1978, l'intensité du deuil serait fonction de l'intensité de l'attachement éprouvé vis-à-vis de la personne décédée.

4.2. Circonstances de la mort et le vécu des parturientes

4.2.1. Les circonstances de la mort

Les résultats de la présente recherche permettent de constater que, chez nos trois cas, la mort de l'enfant en période périnatale a eu lieu à l'hôpital, notamment à la maternité. Cette mort est survenue d'une part au cours de la grossesse, et à l'accouchement, et dans d'autre part quelques jours après la parturition. Elle s'est mêlée à la naissance chez deux parturientes. Ainsi, l'émotion de la naissance semble être mêlée

à la sidération de la mort, la joie de l'attachement à l'irrecevabilité de la mort de l'enfant.

4.2.2. Le vécu de l'annonce de la mort et de la mise à l'écart

Les données des analyses relatives aux circonstances de la mort de l'enfant en maternité sont caractéristiques ici d'une entrée brutale de la mort au même moment du surgissement de la vie chez une participante, ou alors quelques jours après l'accouchement, chez deux autres. En référence à certains auteurs (Bandura, 1983 ; Bonanno, 2004 ; Greenberg et al., 1996), nous pouvons allier la perte vécue par ces mères à un traumatisme et, aussi comme un « stresser », surtout que, toutes les participantes ont qualifié le décès de leur enfant en maternité de mort brutale, inattendue, dont l'annonce a été vécue comme un choc qui les a bouleversés, d'où son versant traumatique.

Après l'annonce du décès de l'enfant, les résultats des analyses montrent que toutes les participantes ont affirmé avoir éprouvé un sentiment d'irréalité. A cette étape, elles ont mentionné qu'elles avaient de la difficulté à croire ce qui leur arrivait. Suite à ce sentiment d'irréalité, ces mères ont demandé à avoir le corps de l'enfant immédiatement après l'annonce du décès. La rencontre avec le bébé décédé a été fondamentale pour le deuil des mères, mais pas nécessairement une condition incontournable pour la prise en compte de la réalité comme l'ont révélé Bacqué et Hanus en 2000 puis Hanus en 2005. En fait, pour celles des participantes qui ont pu voir le corps inerte de leur enfant, la rencontre avec celui-ci semblait constituer un travail de réparation narcissique. Ces mères ont cherché des points de ressemblance chez le père, chez elle-même aussi. Pour ces participantes, se reconnaître dans l'enfant aide à faire le deuil de cette partie de soi. Mais se reconnaître aussi dans l'enfant évite de faire des fantasmes d'un enfant monstre, difforme.

Par ailleurs, les résultats des analyses cliniques montrent que la vue du corps d'un enfant décédé peut aider aussi à remplir

deux impératifs du travail de deuil : premièrement, la mère intègre en elle l'enfant décédé comme un objet d'amour et par là même, dans un second temps, cela rend possible le fait de s'en séparer. Voir l'enfant décédé lui donne une existence tangible. Cela semble rendre concret neuf mois d'attente. La mère comprend qu'elle a un enfant qui existe à l'extérieur d'elle-même car il aura désormais un visage, une présence dans sa vie que rien ne pourra plus effacer. La vue de l'enfant lui permet ainsi de renoncer à cet enfant imaginaire qui a grandi dans ses pensées au cours de la période gravide.

Cependant, certaines participantes ont été “mises à l'écart”, privées de la dépouille de l'enfant et des preuves de son décès malgré leur désir de voir le corps. Cette privation aura pour conséquences des manifestations d'angoisse, d'abattement, accompagnées de plusieurs expressions émotionnelles aiguës comme les crises de larmes, les cris. Face à cette situation, ces mères semblaient ne pas avoir dans leur champ mental, après l'annonce du décès, une représentation de l'objet perdu liée à l'absence du corps de l'enfant décédé, au peu de souvenirs, fantasmés seulement à partir des sensations corporelles durant la grossesse et des images échographiques. Ceci est la preuve que la privation de la dépouille a été vécue de manière négative par ces mères, avec pour conséquence le déni de la réalité. Va succéder à la douleur de l'annonce et de la “mise à l'écart”, des sentiments divers tels que la colère, la culpabilité, la honte, l'irréalité, le choc, les cris, les pleurs.

Après la colère, la culpabilité, la honte, l'irréalité, le choc, les cris, les pleurs, vont succéder les sentiments d'injustice. Ces parturientes se demandaient pourquoi elles étaient confrontées à une telle épreuve et ce qu'elles avaient pu faire pour mériter une telle chose. Elles se demandaient “ Pourquoi un tel sort, pourquoi ça m'arrive à moi ? ”. Alors le “pourquoi ça m'arrive à moi?” devient “de quoi suis-je coupable ?” et retrouve des éléments de réponse dans des actions à reproche pour lesquelles ces mères doivent être punies surtout

que, elles ont mentionné s'être senties responsables et coupables en quelque sorte de la mort de leur enfant. Ces sentiments d'injustice observés chez ces mères ont déjà été exposés dans la littérature scientifique du deuil. En effet, l'approche cognitive du deuil élaborée par Stroebe et al. Postule que, les individus, engagés dans un travail de deuil, amorcent une recherche de significations (78-80).

Par ailleurs, chez l'ensemble de nos participantes, l'annonce du décès de l'enfant sans la preuve de la mort de celui-ci apparaît dans leur discours comme une étape importante dans leur deuil. Les trois mères endeuillées qui ont participé à cette recherche ont mentionné avoir vécu un choc en apprenant la nouvelle du décès de leur enfant, malgré que certaines avaient été privées de la dépouille. Ce choc est caractérisé dans leur discours par une grande douleur, associée à des réactions émotionnelles comme les cris et les pleurs, qui sont le fait d'une expression émotive non maîtrisable, traduisant une douleur psychique ou physique lorsque la parole vient à manquer chez ces sujets. Fondre en larme marque chez ces mères la subjectivité de la souffrance, de l'émotion sur la parole. Cependant, cette douleur ne se manifeste pas uniquement sous forme de douleur physique ou de crise émotionnelles (larmes, cris). Elle s'exprime aussi dans les discours des participantes par de sentiments de culpabilité, de révolte, d'agressivité, dirigés de manière générale contre le corps hospitalier, avec les infirmiers en première ligne, mais aussi contre Dieu.

En effet, dans la recherche des réponses à leurs interrogations sur les causes du décès, ces parturientes pensent qu'il s'agit d'une négligence ou d'une faute médicale, d'autres pensent qu'il s'agit d'un manque d'expérience du corps infirmiers. Cette question sur la cause du décès pour ces mères s'inscrit à ce niveau dans le registre de plainte et d'accusation contre le personnel médical/infirmier. Cette négligence médicale, qui semble être la cause principale du décès, va cependant raviver des sentiments de regret, témoins de leur

culpabilité, qui sera aussi dirigée dans certains contre le conjoint, mais aussi contre Dieu.

Par ailleurs, quelques heures après l'annonce du décès, les protocoles de toutes les participantes mettent en évidence, outre les réactions définies plus haut, mais aussi d'autres sentiments importants. Il s'agit des sentiments de culpabilité conscients, en relation avec la réalité, qui les conduit vers une recherche des actions commises ou pas durant la grossesse ou pendant la période qui a entouré le décès. Des écrits scientifiques corroborent avec ces observations (Keirse120) et (Hanus 96).

Ainsi, une seule question résume, dans les protocoles de ces parturientes, leurs interrogations : "que s'est-il passé ?". Il y a certes des réponses que la médecine est capable de fournir, mais, en allant plus loin, c'est souvent à un autre niveau que ces mères s'interrogent : "qu'ai-je fait pour en arriver là ? Y a-t-il quelque chose qui m'a échappé et qui aurait pu éviter ce drame ?" Voilà les véritables questions qui assaillent leurs pensées, car il y a comme une petite voix qui répète sans cesse que tout aurait pu se passer autrement et que, quelque part, elles ont failli à leur tâche. A cette étape, ces mères s'inscrivent dans une phase de recherche bien particulière : elles examinent quelques heures après l'annonce du décès, minute après minute jour après jour, le déroulement de la grossesse. Chaque détail est exploré et remis en question. Elles cherchent un semblant d'explication qui prouverait qu'elles n'ont pas, d'une façon ou d'une autre, provoqué la mort de leur enfant, surtout qu'elles ont décrit une évolution normale de leur grossesse. C'est un stade où beaucoup d'hypothèses sont émises sur les causes possibles de la mort de l'enfant. Ces interrogations resteront sans réponses, surtout que, ces mères seront privées du dossier médical qui dans ce contexte, définit les causes du décès. De même, aucune explication verbale sur les causes possibles de la mort de leur enfant ne leur sera donnée par le corps hospitalier. Cette situation reste très anxiogène chez toutes les participantes et les analyses cliniques révèlent une certaine difficulté de leur

deuil. Ceci semble donc être lié à l'absence d'explication de la cause du décès. Cette position est similaire à celle de (Keirse 120) pour qui, sans l'explication des causes du décès le travail de deuil est plus difficile. L'angoisse peut rester importante. Il existe un modèle relatif aux processus émotionnels expliquant certains mécanismes en jeu lors du deuil qui semble rejoindre cette position. Il s'agit du modèle explicatif du cadre intégratif des facteurs de risque comme ayant une valeur prédictive des issues du deuil. Dans la description de ces facteurs de risque, ce modèle présente entre autres facteurs la méconnaissance des causes du décès par l'endeuillé comme statistiquement, un facteur de deuil pathologique. Pour cette approche, lorsque la cause du décès n'est pas connue, il y a une augmentation du sentiment de culpabilité ; ce qui est un risque de deuil pathologique.

De tout ce qui précède nous pouvons dire que les réactions émotionnelles à la suite de l'annonce du décès périnatal semblent assez comparables pour l'ensemble des participantes dont les discours ont permis de mettre en évidence les sentiments d'irréalité dans un premier temps. L'annonce a été par la suite vécue comme un "coup dur, une chose très difficile à accepter" un sentiment d'échec, d'effondrement des rêves, d'avenir, de projet. L'importance du choc vécu, pourrait s'expliquer ici, de manière peut être partielle, par la place de l'enfant dans la société africaine. En effet, certains auteurs (Tsala-Tsala 176) et (Tsokini 56) soutiennent que, dans la société africaine, la femme est soumise au mariage et à la maternité comme obligations éthiques. Pour (Tsala-Tsala 176), la procréation est une "obligation" traditionnelle chez la femme camerounaise. Il va donc s'en dire que le décès de l'enfant pourrait remettre en question la légitimité du mariage en fragilisant le rôle de mère et d'épouse de la femme. Rejoignant les idées de Tsokini ci-dessus cité, l'auteur soutient que, comme dans la plupart des sociétés traditionnelles africaines, les Beti, au Cameroun, accordent une importance capitale à la

procréation. De manière générale en Afrique, l'idée d'avoir un enfant tient une place prépondérante dans la vie et demeure l'idée maîtresse de toute union avec un homme. Ainsi, la représentation sociale de l'enfant chez le sujet africain peut être à l'origine des productions conflictuelles, source d'angoisse et de symptômes dépressifs chez une femme qui perd son fœtus ou son nouveau-né. Ces attentes et représentations sociales de l'enfant en Afrique, comme nous pouvons le constater, peuvent être source d'angoisse et de symptômes dépressifs observés dans les protocoles des différentes participantes. Ainsi, outre les circonstances de la perte, la place accordée à l'enfant dans la société africaine peut aussi expliquer les différentes réactions observées à l'annonce du décès.

4.2.3. Le vécu de la perte périnatale chez la parturiente camerounaise les jours suivants l'annonce du décès

Après leur retour dans leur domicile respectif, les sentiments vécus par les participantes sont aussi assez particuliers que ceux qui ont suivi l'annonce du décès. Il s'agit d'une période de grande charge émotionnelle et de désorganisation caractérisée par la tristesse, la colère, les pleurs, associés à des symptômes dépressifs comme les troubles de sommeil de type insomnie avec réveil en fin de nuit et des rêves à répétition, en rapport avec l'accouchement ou l'enfant décédé. L'appétit sera également perturbé, avec la solitude comme facteur d'aggravation. Sur le plan relationnel, les différents protocoles de ces mères mettent en évidence chez elles, une volonté d'être toujours seule, car, disaient-elles, la présence des autres faisait maintenir l'idée de la mort. Cette attitude aura pour conséquences le repli narcissique sur soi qui peut prendre une apparence d'un comportement schizoïde et aussi l'attirance pour la mort relative à une identification à l'objet, c'est-à-dire à un désir suicidaire (conscient ou inconscient) de suivre l'objet perdu dans la mort ; la manière la plus radicale de s'unir à

l'enfant décédé serait de partager son sort (Hanus 56) et Bacqué (87).

Pendant, suite à ce retour à la maison qui a permis à ces mères d'être confrontée au « vide », on a pu observer dans leur protocole respectif que, des gestes de la vie quotidienne, à cette période, étaient difficiles à réaliser. Plus rien ne compter pour elles que leur bébé décédé. Il s'agit là de l'expérience d'une douleur intense, associée à des sentiments de tristesse, amplifiés par les changements physiques subits après le postpartum. Pour ces mères, le décès de leur enfant constitue un échec total, surtout au regard de la peine qu'elles ont pu se donner pour mener à bien leur projet de grossesse. Ces transformations corporelles semblent donc rappeler à chaque fois la perte et raviver la douleur.

Les résultats de la présente recherche montrent que, à la suite d'une perte périnatale, diverses émotions peuvent se succéder chez la parturiente : tristesse, pleurs, colère, culpabilité, agressivité. Ces émotions peuvent parfois cohabiter, laissant ainsi la mère endeuillée confuse et sans parole. Cette situation entraîne une douleur qui menace l'équilibre de la mère endeuillée. Cette douleur s'exprime aussi par la révolte, l'agressivité et la culpabilité.

Les résultats obtenus permettent aussi de constater que la perte périnatale entraîne des conséquences sur la santé des participantes, notamment en ce qui concerne les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, la perte d'intérêt et de plaisir, la tristesse, la culpabilité, le sentiment d'échec, le sentiment d'injustice et de révolte, avec une souffrance significative. La perte périnatale semble modifier les rapports que les parturientes avaient avec les membres de leur famille (isolement social pendant plusieurs semaines). Ces résultats laissent transparaître en filigrane une certaine fragilité de la mère lorsqu'elle fait face à un deuil périnatal (avec privation des preuves du décès), avec menace de son équilibre émotionnelle. Ces symptômes ici rappelés font référence à une symptomatologie dépressive qui

serait réactionnelle à la perte et la gestion de cette perte, et caractérisée par une grande culpabilité. Outre ces symptômes dépressifs, un trouble de l'identité concernant l'interruption des projets que ces futurs parents avaient formés ont aussi été constaté dans nos résultats. Ce trouble de l'identité est lié au statut de la mère, mais aussi à de réelles transformations corporelles qui sont inscrites définitivement et font rendre présente l'absence.

De tout ce qui précède nous pouvons conclure que, le résultat de l'analyse des trois participantes de cette recherche n'ont pas permis de constater un cas de complication de deuil, même chez celles qui ont été privées du corps de leur enfant décédé, qui semblait être, selon (Hanus et Bacqué 25) et (Bacqué 36), le support essentiel du deuil.

Conclusion

Partant d'une approche qualitative et utilisant les entretiens cliniques semi-directifs, nous avons tenté de comprendre la trajectoire du deuil périnatal en maternités camerounaises.

Nous avons testé notre hypothèse auprès d'un échantillon formé de trois mères en situation de deuil périnatal, rencontrées au CHUY, et qui répondaient à des critères d'inclusion et de non inclusion.

Au terme de notre recherche il ressort que le deuil périnatal est fonction de l'attachement à l'enfant décédé. Cependant, la brutalité de la mort, l'annonce du décès, est vécu par les parturientes comme un choc, un sentiment d'irréalité, avec un versant traumatique. Par la suite, va se mettre en place le désir de voir le corps de l'enfant décédé pour atténuer le sentiment d'irréalité de la mort. La rencontre avec l'enfant décédé est bénéfique pour la parturiente car, constitue un travail de réparation narcissique. Se reconnaître dans l'enfant décédé

aide à faire le deuil tout en évitant de faire les fantasmes d'un enfant monstre, difforme. Par ailleurs, voir l'enfant décédé permet à la mère de lui donner une existence tangible qui rend compte de neuf mois de grossesse. La vue du corps permette aussi de renoncer à l'enfant imaginaire de la période gravide.

Outre la vue du corps, il existe d'autres supports du deuil périnatal à savoir, le dossier médical, les photos et les films portants l'image de l'enfant décédé, mais aussi la participation de la parturiente à l'inhumation. On peut aussi citer dans cette catégorie les transformations corporelles qui sont inscrites définitivement chez la parturiente et qui font rendre présente l'absence. Ainsi, retrouver la capacité de penser après une perte périnatale passe par l'abord des éléments de réalité, de preuves.

Cependant, la situation de mise à l'écart, de privation des preuves du décès, a pour conséquences des manifestations d'angoisse, d'abattement, accompagnées de plusieurs expressions émotionnelles aiguës, mais aussi du déni de la réalité. A cela, vont suivre la colère, la culpabilité, la honte, les pleurs et les sentiments d'injustice, objectivés par une recherche de signification de la mort de l'enfant.

Malgré la privation de la dépouille, il est fort de constater que les parturientes ont manifesté des réactions émotionnelles variées, avec des sentiments de culpabilité, de révolte et d'angoisse, qui témoigne ici l'existence d'une angoisse et par ricochet le déclenchement du processus de deuil. Au cours de ce processus, l'on va observer une construction d'un questionnement sur les causes possibles de la perte. En l'absence des réponses à ces interrogations, le deuil périnatal reste difficile. D'où ma nécessité d'expliquer les causes du décès à la mère, d'être confronté à la réalité de la perte.

Par ailleurs, dans un contexte culturel camerounais, le deuil périnatal semble encore plus difficile car, la procréation est une obligation traditionnelle chez la femme camerounaise. La maternité est une obligation éthique. Perdre un enfant peut donc

compromettre le statut de femme et rendre le deuil encore plus difficile. Ainsi, outre les circonstances de la mort de l'enfant en maternité, la place accordée à l'enfant dans la société camerounaise peut aussi expliquer les difficultés d'élaboration d'une perte périnatale.

En définitif, l'absence de cadavre, ou alors sa privation, bien que nourrissant les spéculations conformes au désir qu'il n'y a pas de mort, peut retarder tout simplement la prise en compte de la réalité, et par conséquent le processus de deuil. Ainsi, partant de nos analyses, nous pouvons postuler que la reconnaissance de la réalité d'une perte ne se fonde pas uniquement sur la vue du corps. D'autres facteurs comme les photos, les vidéos, la participation à l'inhumation, la confrontation au « vide » après le retour au domicile, mais aussi les transformations physiques subies par la mère, constituent une confrontation à la frustration, qui facilite le travail de deuil.

Références bibliographiques

Bacqué M. F., Hanus M. (2000). *Le Deuil*, Coll. « *Que sais-je* » n. 3558. Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.

Blanchet A. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod, 289 p.

Bowlby J. (1978). *Attachement et perte 2 : la séparation. Angoisse et colère*. Paris: Presses Universitaires de France, 539 p.

Bonanno G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*, vol. 59, n. 6, p. 20-28. [http/](http://)

Cook R., Dickens, B., Fathalla, M. (2005). *Santé de la production et droits humains : intégrer la médecine, l'éthique et le droit*. Paris : Masson, 557 p.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC, 620 p.

Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de la recherche : méthodes qualitatives et quantitatives* (2^{ème} éd). Montréal : Chenelière Education, 634 p.

Freud, S. (1954). *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses Universitaires de France, 422 p.

Hanus, M. (2006). *Les deuils dans la vie : deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant* (3^{ème} éd). Paris : Maloine, 424 p.

Hanus M. (2005). Deuil normal et pathologique chez l'adulte. *Douleurs, Soins Palliatifs, Deuils*. Mod 6, 2^e éd. Paris : Masson. pp. 112-135.

Huber W. (1993). *L'homme psychopathologique et la psychologie Clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, 384 p.

Keirse, M. (2012). *Faire son deuil, vivre un chagrin : un guide pour les proches et les professionnels*. Paris : De Boeck, 260 p.

Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu*. Paris : Cedex, 223 p.

Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan, 128 p.

Pedinielli, J. L., Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin, 128 p.

Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod, 228 p.

Soubieux, M-J. (2010). *Le deuil périnatal*. Paris: Fabert, 64 p.

Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2006). Who Benefits from Disclosure? Exploration of Attachment style Differences in the Effect of Expressing Emotions. *Clinical Psychology Review*, vol. 26 n. 1, p. 66-85.

Tsala Tsala, J-P. (2009). *Familles africaines en thérapie : clinique de la famille camerounaise*. Paris : L'Harmattan, 265 p.

Tsokini D. (2001). Psychologie clinique et enjeux pratique en santé mentale. *Annales de l'Université marien Ngouabi*, vol 1, 2001, p. 56-60.

Annexes

Guide d'entretien de la recherche

Le guide d'entretien de la présente recherche a été constitué suivant les lignes directrices relatives :

- A la période gravide et au type de relation au bébé au cours de cette période ;
- Aux représentations maternelles du fœtus et/ou de l'enfant ;
- Aux circonstances de la mort de l'enfant en maternité ;
- A l'écho de cet évènement chez la mère, à l'après-coup de l'annonce ;
- A la suite des évènements (la perte et les circonstances qui suivent le décès, le déroulement du rituel, les réactions du corps hospitalier et de la famille en maternité, le retour au domicile, les réactions de l'entourage, la reprise du travail/activité, le projet d'une nouvelle grossesse, etc.) ;
- Aux modalités de gestion (ressources internes et externes) pour faire face à la situation de perte ; les conséquences psychopathologiques de la perte.

Les entretiens débiteront par l'identification qui forme le premier thème du guide et qui nous permettra d'avoir une connaissance des sujets.