« Face à l'effroi du deuil périnatal, la proposition d'un accompagnement par hypnose »

Par Agnès RIGOUZZO

Agnès Rigouzzo est médecin anesthésiste-réanimatrice, ancienne sage-femme, référente pour l'anesthésie-réanimation obstétricale à l'hôpital Trousseau (Paris).

Article référencé comme suit :
Rigouzzo, A. (2026) « Face à l'effroi du deuil périnatal, la proposition d'un accompagnement par hypnose » in *Ethique. La vie en question*, novembre 2026.

Le développement de la médecine fœtale a modifié les causes et les circonstances des morts périnatales : les interruptions médicales de grossesse (IMG) se sont ajoutées aux décès néonataux conséquences de pathologies ou de complications obstétricales.

Lorsque l'IMG est décidée dans la seconde moitié de la grossesse, le temps de réalisation du geste d'arrêt de vie in-utero, rendu nécessaire par la législation, représente un moment de grande tension éthique qui donne rarement lieu à un accompagnement spécifique. La proposition d'un accompagnement par hypnose des femmes, au cours de cette procédure est apparue bénéfique, en atténuant la détresse, la solitude et le sentiment douloureux de passivité régulièrement exprimés. Les témoignages recueillis ont révélé, qu'en utilisant ce cadre sécure et le confort corporel procurés par l'hypnose, pour créer un moment de vie partagée avec leur enfant, les femmes ont ouvert elles-mêmes une fenêtre sur une possibilité d'apaisement. Comment mieux comprendre les ressources révélées et la créativité spontanément libérée en réplique à l'effroi initial ?

Un jardin imaginaire et une rencontre choisie

La situation clinique évoquée ici est celle d'une jeune femme dont l'accouchement a été déclenché dans un contexte d'IMG tardive en raison d'une malformation cérébrale grave de très mauvais pronostic. Accompagnée par hypnose au moment du geste d'arrêt de vie, elle nous confiera s'être projetée spontanément dans un lieu choisi par elle : un jardin fleuri, imaginaire.

L'entretien, avant la sortie de la maternité permettra de recueillir son témoignage. Lorsqu'il lui est demandé ce qu'elle souhaite dire de son accouchement et de l'accompagnement qui lui a été proposé, elle répond :

> *« C'était une expérience qui n'était pas négative, j'ai eu le sentiment de partager un moment agréable avec mon enfant et c'est bien la preuve qu'il n'a pas souffert avant de mourir. »*

Elle témoignera également du désir spontané de partager virtuellement ce moment :

> *« A un moment j'ai fait venir mon mari et le bébé : nous étions bien tous ensemble et j'étais heureuse de partager ce moment paisible avec lui alors que je savais très bien que le geste d'arrêt de vie était en cours. C'était bien d'avoir le temps de partager un peu de douceur ensemble. »*

Parcours de soin et deuil périnatal au cours des IMG tardives

La particularité du deuil périnatal réside dans le fait que la mort intervient à un instant qui était destiné à l'arrivée de la vie : le deuil périnatal n'est pas un deuil du passé, mais un deuil de la vie qui n'aura pas lieu. Quand un parent perd un enfant à la naissance ou *in utero*, il perd quelqu'un qui n'a pas vécu, et l'enfant pour cette raison existe essentiellement à travers les traces laissées dans le psychisme de ses parents.

Le cadre légal conditionne le parcours de soin et le vécu des couples au cours des IMG. Le Code de la santé publique français (1) régit les conditions de l'IMG pour motif médical, en précisant que cette procédure peut être pratiquée, à tout moment de la grossesse, s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection incurable ou si la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la femme. Dans près de 95% des cas, c'est une affection grave concernant le fœtus et dépistée en cours de grossesse qui sera à l'origine de la demande d'IMG (2). Nombreuses sont les situations où seule la répétition des examens et des consultations spécialisées va permettre aux équipes de pouvoir établir un diagnostic précis et d'évaluer la gravité du pronostic pour l'enfant attendu. Pour les couples, il pourra s'agir d'une attente de plusieurs semaines voire plusieurs mois, avant de disposer d'une information éclairée et d'éventuellement exprimer une demande d'IMG. Il s'agira alors pour le couple d'une décision prise après une longue délibération. L'expression de cette « *prohairesis* », c'est-à-dire ce choix, cette résolution délibérée après une longue réflexion se situe bien dans le monde du contingent, c'est-à-dire « des choses qui comportent de l'indéterminé » (3).

Après le séisme et la sidération qui ont accompagné l'annonce de la malformation fœtale, les semaines d'anxiété, d'attente et de délibération qui lui ont succédé, vont se mêler révolte, douleur, culpabilité et effroi au moment de la décision d'IMG. L'effroi exprimé au cours de la délibération précédant la décision est double : effroi devant une décision à prendre qui associe amour, enfant et arrêt de vie et « effroi de soi » après avoir trouvé la capacité de décider l'IMG. Dans son travail réalisé au sein d'une consultation de psychologie en centre de diagnostic prénatal, Capucine Foulon (4) décrit ainsi la genèse de « l'effroi de soi » : « Comment qualifier cet éprouvé particulier qui n'est ni honte ni culpabilité mais bien en amont de ces affects ? Nous proposons de le nommer l'effroi de soi » (5).

Ce choix radical se retrouve au centre d'une extrême tension, et produit une aporie dans le raisonnement, conséquence des évolutions et des progrès de l'échographie et du diagnostic prénatal. Le fœtus est en effet devenu un « patient » à part entière bien avant sa naissance, il est déjà investi comme bébé par le projet parental comme par les soignants. Le parcours de soin contribue ainsi à ce que l'IMG tardive soit vécue comme la perte d'un enfant auquel les parents ont dû renoncer par décision personnelle.

Dans les situations d'IMG tardive la réalisation d'un geste d'arrêt de vie est imposée par le cadre légal qui autorise un geste d'arrêt de vie *in utero* et évite la naissance d'un enfant grand prématuré vivant. L'IMG tardive se fera ensuite par déclenchement de l'accouchement sous analgésie péridurale, débuté après la réalisation du geste d'arrêt de vie fœtale. Ce geste d'arrêt de vie *in utero* est, pour les couples, une situation qui s'apparente à celle décrite par Vladimir Jankélévitch d'une « *Mors certa, Hora certa* » : « La connaissance du *Quod* et du *quando* réunis, fait de ce temps un temps insoutenable et inhumain » (6). Le contexte, de la mort périnatale après IMG est de la même façon celui d'une confrontation directe à une mort attendue, contrôlée, planifiée et qui doit précéder la naissance. Le « quod » et le « quando » deviennent alors des certitudes, une réalité impensable que les femmes doivent affronter : la mise au monde, le « devenir mère », ne peut se faire que dans la séparation. Cette subjectivation de la maternité imposée par l'IMG participe d'une souffrance et d'un désespoir immenses.

Pour les couples, comme décrit par Corinne Pelluchon (7) le désespoir devient rapidement « enfer-ment » : les couples sont « enfer-més », prisonniers et isolés dans une souffrance et un désespoir indicibles. Le moment du geste d'arrêt de vie est redouté et donne lieu à une anxiété anticipatoire majeure.

Face à ce constat, un accompagnement par hypnose est apparu comme une possibilité de créer un nouveau lien avec l'équipe soignante et d'atténuer le sentiment de solitude et de passivité douloureuses. Dans un contexte aussi sensible, un retour d'expérience des couples à travers un entretien a été proposé le lendemain pour recueillir le témoignage des femmes et de leur conjoint et évaluer l'apport de l'hypnose dans cet accompagnement.

Proposition d'un accompagnement par hypnose au cours des IMG

« L'hypnose c'est autrement » : cette définition proposée par Thierry Melchior (8) résume bien les nombreuses tentatives passées de définir l'hypnose. L'hypnose est ainsi un état de conscience modifié induit par un ensemble de techniques, qui va permettre de moduler les perceptions. Certaines circonstances de la vie modifient notre conscience. Dans les situations de stress ou de souffrance, fréquentes dans le contexte des soins médicaux, le patient peut entrer spontanément dans une autohypnose, une focalisation négative sur ce qui le préoccupe : ses perceptions sont modifiées, réduites, il témoigne d'une certaine indifférence au monde extérieur et son mode de communication change. Pour le soignant, il s'agira alors dans un premier temps de rejoindre le patient là où il est, sans le juger, valider ses peurs, puis par la communication (utilisation possible de la respiration, de l'humour, de l'imagination) de créer une alliance thérapeutique. Cette alliance aidera le patient à reprendre place dans le présent, retrouver un rôle actif, où son consentement et l'expression de sa demande pourront s'exprimer et guider le soignant.

La suppression de la focalisation négative, la liberté d'agir retrouvée et l'utilisation de l'imagination pour créer un présent virtuel, vont permettre de déplacer l'attention et offrir une ouverture. Cette transformation dans les perceptions est ainsi résumée par François Roustang : « Entre l'imagination et la perception, le lien est indissociable. L'indétermination de la seconde suscite les propositions de la première » (9). Le monde intérieur devient prépondérant, et l'expérience sécure procurée par l'alliance avec le soignant, devient une expérience de liberté où le relationnel est possible, sans contrainte ni tension. L'état d'hypnose n'exclut rien de ce qui existe : il est fait « pour réintégrer à l'intérieur ce qui est subi en vue de créer un nouveau rapport à l'environnement » (10).

Sans savoir quelle direction vont prendre les patientes accompagnées par hypnose, nous les aidons à retrouver du confort corporel, à diminuer leur anxiété et les laissons choisir librement une direction, sans suggestions précises. Comme dans la situation relatée plus haut, nos patientes ont très souvent, spontanément, choisi virtuellement de convoquer un lieu, une personne ressource ou une présence apaisante.

L'accompagnement, respectueux des couples au cours du séisme que représente la décision d'IMG, représente avant tout pour eux, la reconnaissance et la prise en compte par l'équipe de leurs difficultés et de leur souffrance dans ce parcours de soin. Le lien d'attachement à leur enfant est reconnu, et son expression telle quelle aura été souhaitée par le couple, encouragée et soutenue. L'étymologie de « séisme », du grec *« seismos »* signifiant « ébranlement », « secousse », témoigne de la violence de la douleur intime ressentie.

L'expérience d'une relation de confiance pourra alors se transformer, au cours de l'hypnose, en expérience sécure pour la femme, c'est-à-dire une relation au sein de laquelle elle pourra retrouver une liberté d'agir et de faire des choix, de ne plus lutter contre son ressenti et d'accueillir le malheur et la tristesse.

La place de l'accompagnant en hypnose au cours des IMG est singulière : par l'alliance et à la relation de confiance nouées, il est celui qui va permettre à la patiente d'ouvrir le champ des possibles et de saisir une possibilité d'apaisement. L'accompagnant est présent pendant toutes les étapes du geste d'arrêt de vie, mais reste à part, en retrait, sans prendre part aux actes médicaux auxquels il assiste, dans un échange et une écoute constante auprès de la patiente. Cette place et ce rôle singulier du soignant qui accompagne l'hypnose, n'est pas sans évoquer la place du chœur et ses interactions avec les acteurs dans les tragédies grecques (11) : ne

prenant jamais part à l'action en cours, mais engagé dans un même courant d'émotion que les acteurs, le chœur dialogue avec eux, les encourage mais reste en retrait.

L'accompagnant au cours des IMG, en offrant une présence et un accompagnement spécifique au moment du geste d'arrêt de vie espère de même, être en résonnance avec les besoins et la demande de la patiente, et l'aider dans son processus de deuil.

De l'effroi à la possibilité d'un apaisement

Cet accompagnement spécifique des patientes au cours du geste d'arrêt de vie a facilité pour elles une mise à distance du processus médical, une mise en retrait mais tout en restant présentes à la réalité du moment et aux actes médicaux en cours :

> *« Oui, cela permet d'être un peu à distance mais on reste présent en permanence dans la réalité des événements. C'est exactement de cela dont on a besoin ».*

Cette mise à distance, ce pas de côté ou « saut en dehors de l'enfer » (12) rendu possible, offre alors une autre configuration de la situation. « L'espérance, née en dehors de toute attente, devient puissance transformatrice » (13) .

La capacité à agir est à nouveau possible et va souvent se traduire par la création d'un moment sécure dans un lieu virtuel spontanément choisi : il s'agit de lieux le plus souvent connus et familiers mais parfois aussi imaginaires, toujours source d'apaisement et associés à des souvenirs agréables ou des émotions positives. L'irréversibilité du temps au moment du geste létal n'a pas été incompatible avec « un aller-retour dans l'espace » (14).

La réouverture du champ des possibles par l'alliance avec le soignant est mieux comprise à la lecture de Pelluchon (15) « Si quelqu'un venait à regarder avec considération la personne qui vit cet excès de souffrance, alors les barrières qui la retiennent loin du monde, qui l'empêche de s'y inscrire ou de s'y réinscrire s'estomperaient ». « Elle parviendrait sans doute, ne serait-ce qu'un instant à s'observer à distance, à se voir de l'autre côté de la cage et ne serait plus trompée par le mal être qui étend sa noirceur à tout ce qu'elle voit ». L'écoute respectueuse des soignants est un miroir dans lequel le couple pourra lire la reconnaissance de leur souffrance et la violence du traumatisme. « Cela ne signifie pas qu'elle aurait vaincu le désespoir, mais simplement qu'elle souffrirait moins ».

> *« On ne se sent pas seul et on se sent apaisé, en sécurité ».*

Pour la plupart des femmes, une adaptation spontanée de ce moment sécure en moment de vie partagée s'est opérée, avec des accompagnants virtuels qui étaient leur conjoint et très souvent également leur(s) enfant(s). Ce moment de sécurité a été transformé en moment de vie où le relationnel est redevenu possible.

> *« Nous étions chez nous avec mon conjoint, être avec lui c'était très important. On a pu être ensemble avec notre petite fille parce que je n'étais plus submergée par l'émotion. J'ai trouvé de l'apaisement ».*

> *« J'ai pu l'accompagner comme je voulais, ça a fait toute la différence. »*

La douceur, si souvent évoquée par les femmes, pour décrire les moments vécus avec leur enfant au cours de l'accompagnement par hypnose est bien ici cette « force symbolique », « pouvoir de transformation sur les choses et les êtres », « puissance » décrite par Anne Dufourmantelle (16).

Cette douceur prodiguée par les mères à leur enfant et ressentie par elles-mêmes au cours des IMG est bien l'expression de leur lien et de leur attachement, de l'affirmation de sa valeur en tant qu'être humain et de leur amour de mère.

Leur douceur est « incluse dans un double mouvement d'accueil et de don, elle apparaît à la lisière des passages que naissance et mort signent » (17). Là est leur souffrance et leur douleur extrême : l'amour pour cet enfant « comme il est », doit coexister avec la décision de ne pas le faire naître vivant. L'éprouvé de la perte est inscrit dans la réalité psychique autant que dans la réalité matérielle du corps : éprouvé physique de l'enfant mort qui a été vivant, de la perte de soi, corporelle et imaginaire.

La douceur va contribuer à une « revitalisation » de leur corps meurtri par la douleur et la mémoire de l'IMG : « La douceur appelle le corps, c'est-à-dire l'idée d'un corps que la douceur incarnerait et désincarnerait en même temps ». « Elle est une force de transformation secrète prodiguant la vie, reliée à ce que les anciens appelaient justement puissance » (18). « Elle appartient tout autant à la caresse qu'à la pensée » (19).

Au cours des parcours d'IMG, les couples sont tous confrontés à un profond désespoir, « expérience de l'absence totale d'horizon » (20). La douceur exprimée « invente un présent élargi » (21) et participe ainsi de cette ouverture vers la recherche individuelle de solution, offrant à chacun(e) un espace plus apaisé où la créativité pourra s'exprimer librement. Le choix spontané de transformer et d'adapter un moment sécure en temps de vie partagée, mettant à distance pour quelque temps l'imminence de la mort, témoigne de cette recherche par les femmes d'une forme de solution : vivre avec leur enfant dans un présent élargi et plus apaisé, accentuer sa présence, lui témoigner douceur et tendresse maternelle.

La liberté retrouvée pour les patientes a été entièrement consacrée à l'affirmation du meilleur choix pour elle et pour leur enfant. Un choix qui « apporte, sinon un remède à la maladie incurable, du moins une espèce de solution au malheur insoluble », un choix qui « ouvre une issue dans l'impasse et entrebâille les portes verrouillées » (22). De cet espace de liberté a pu germer une espérance : « L'espérance est désespoir surmonté » (23).

Créativité et hypnose

La plupart des femmes accompagnées par hypnose dans leur parcours d'IMG ont été nombreuses spontanément, avec leurs propres ressources, à tisser des liens avec leur enfant avant le deuil.

Cette créativité révélée, prend tout son sens dans le contexte périnatal : l'étymologie du verbe créer, du latin *« creāre »,* signifie en effet « engendrer », « mettre au monde », « tirer du néant ».

Le deuil périnatal, en particulier après une IMG est une forme unique du deuil : son exceptionnalité tient dans la simultanéité de l'expérience de la naissance et de la mort qui sont données à vivre ensemble. L'être perdu n'était pas présent physiquement dans la vie, ne laisse pas de traces de souvenirs, ce qui rend l'assimilation de la réalité du décès très difficile. Pour Jean Allouch psychanalyste, le deuil de l'enfant est le paradigme du deuil et il le résume ainsi : « Moins aura vécu celui qui vient de mourir, plus sa vie sera restée une vie en puissance, plus dur sera le deuil » (24).

L'importance de pouvoir accomplir une vie aussi brève soit-elle est inscrite dans le sens même du mot défunt qui prend sa racine dans le mot latin, « *defungi* », et signifie accomplir : est défunt celui qui a accompli sa vie.

Les femmes accompagnées par hypnose, au cours de l'expérience traumatique que représente l'IMG, ont souhaité aller à la rencontre de leur enfant, rendre possible un instant, l'accomplissement d'un temps de vie partagée. La créativité des femmes a libéré une puissance de vie qui leur a permis de tisser des liens *in utero*

avec leur enfant avant la séparation. La relation en a été transformée grâce à l'identification de cet enfant déjà fortement investi par ses parents.

Cette rencontre voulue et la sensorialité des interactions avec le fœtus vivant pendant l'hypnose, ont favorisé la perception d'un minimum d'accomplissement dans sa vie et facilité le travail de deuil après la naissance de leur enfant mort. En lui permettant d'accomplir ainsi une courte vie avant sa naissance, elles sont devenues dépositaires d'une mémoire vivante de leur enfant dont elles savent qu'il va mourir avant de naître. La conscience de la mort à venir a été mise à distance pour convoquer un moment de bien-être partagé, de douceur et en garder la trace psychique, le souvenir. Cet enfant sera à jamais le leur et elles pourront avec le temps en faire le deuil. Le réconfort apporté par la rencontre avec leur enfant et les émotions positives qui y sont rattachées ont été confiées par les mères à l'occasion des entretiens :

> *« Une bulle de douceur que j'ai pu partager avec mon bébé, après les trois semaines de stress qui ont fait suite à l'annonce du diagnostic ».*
>
> *« J'étais avec mon bébé dans un endroit calme et paisible. Je suis contente d'avoir pu vivre ce moment avec lui ».*

Dans la situation tragique si particulière de l'IMG, la douceur partagée avec leur enfant, dont elles témoignent, n'est pas paradoxale, tout au contraire : « elle est ce qui retourne l'effraction traumatique en création. Ce qui sur la nuit hantée pose de la lumière, sur le deuil un visage aimé » (25).

La vie, vie brève et intense, comme réplique au désespoir

La spécificité du deuil périnatal est l'impossibilité pour les parents de pouvoir s'appuyer sur des souvenirs, des repères sensoriels qui leur permettent de se représenter leur enfant et permettre un travail de deuil.

Camille Laurens, écrivain, a témoigné ainsi de la difficulté du deuil après le décès à la naissance de son enfant Philippe : « On peut mourir avant de naître, mais on ne peut pas mourir avant d'être : seuls meurent ceux qui sont. C'est pourquoi il faut reconnaître à part entière les bébés morts : les reconnaître en actes et en mots » (26).

En réplique au séisme que représente l'IMG et son administration de la mort avant la naissance, les patientes accompagnées par hypnose ont construit un cadre où spontanément la puissance de la vie s'est invitée, s'est imposée. Elle a été une tentative de réponse à l'aporie dans le déroulement de l'IMG, d'une naissance qui ne peut intervenir qu'après la mort.

En réplique à l'effroi initial, un espace de vie a été ménagé, pour mieux révéler l'existence de leur enfant, son vécu parmi les siens. Dans une liberté d'agir retrouvée, elles ont affirmé le choix d'une vie qui a pu rayonner, elles ont fait l'expérience de la transcendance.

La mort qui interviendra au cours de l'IMG sera alors celle d'un enfant, rencontré, reconnu pour être « celui-ci et non celui-là », empêché désormais, en reprenant les mots de Jankélévitch de « se dissoudre dans l'indéterminé » (27), dans l'inachevé de la vie prénatale. Cette mort interviendra après une vie vécue, « une vie courte mais une vie d'amour véritable » (28). Les interactions entre les patientes et leur enfant, en amont et au cours du geste d'arrêt de vie, vont leur permettre d'intérioriser ce qui va être perdu, de lui donner une tout autre configuration : « la mort détruit le tout de l'être vivant mais elle ne peut nihiliser le fait d'avoir vécu » (29).

Leurs témoignages nous disent combien la rencontre a été pour elles vivante, heureuse, et comment les femmes ont saisi cet instant pour interagir avec leur enfant en tant que mère.

« Avoir pu partager avec lui des instants de paix, de douceur change complètement le vécu de l'accouchement et de la séparation. »

Les interactions sensorielles et émotionnelles qui ont été possibles, les traces psychiques laissées par la rencontre vont participer d'une élaboration possible de la filiation autour de l'enfant qui va mourir. La perte reconnue alors comme extérieure à soi pourra peu à peu être acceptée et s'intérioriser. Il leur sera moins difficile alors de pouvoir se confronter à la réalité de la perte, rendant possible le commencement d'un travail de deuil

Les femmes ayant traversé l'épreuve d'une IMG ont affirmé, par leur force créatrice, la puissance et la réalité du lien qui les unit à leur enfant : « Mais maintenant, il est définitivement là, complètement libre d'être là, et nous sommes absolument libres de le sentir » (30). Cette responsabilité à porter le disparu, cette consolation trouvée dans la responsabilité de l'autre est la même qu'exprime le poète Rainer Maria Rilke dans sa correspondance à une amie en deuil : « vous devez faire en sorte que sa vie continue à l'intérieur de la vôtre, dans la mesure où elle n'était pas achevée ; sa vie est désormais passée dans la vôtre » (31).

En trouvant les ressources pour mettre à distance l'impensable de la perte, les femmes ont su ménager un espace dans lequel l'espérance pourra surgir. « L'espérance surgit comme ce que l'on ne pouvait espérer, comme ce que l'on n'a ni cherché ni attendu. Elle est l'inespéré » (32). L'expérience des couples qui traversent la violence d'un deuil périnatal est bien celle du néant décrite par Pelluchon : « L'espérance est la traversée de l'impossible. Elle apparaît quand on ne l'attend plus et naît après qu'on a fait l'expérience du néant » (33).

Pour ces femmes, l'espérance aura été la révélation de ressources imprévues, la possibilité de garder la trace d'un moment vécu dans la tendresse maternelle avec l'enfant porté et dont elles doivent se séparer. Cette sépulture psychique avant la sépulture réelle a ainsi permis au fœtus de prendre toute sa place dans la communauté humaine.

Accueillir dans la communauté humaine

Grâce à la rencontre provoquée avec leur enfant, les mères ont permis à l'être en puissance qu'est le fœtus d'interagir pleinement avec elle avant sa naissance puisque cette dernière est destinée à intervenir après sa mort. Cette volonté maternelle spontanément exprimée au cours des IMG, est une confirmation donnée par la mère. Et pour Luc Boltanski, cette « confirmation, donnée par la mère, de l'humanité de l'être qui se réalise en elle anticipe et prépare l'accès de l'enfant, une fois né à une position singulière dans la société » (34). Elle va permettre une subjectivation de la maternité et renforcer le processus qui fera de l'enfant porté « un être singularisé (et à ce titre irremplaçable) » (35).

La représentation de leur fœtus, la reconnaissance de l'altérité de l'enfant défunt et les rituels de deuil vont permettre aux parents d'investir leur enfant de manière personnelle et individuelle et d'inscrire cette histoire dans leur propre histoire familiale.

Les patientes accompagnées au cours des IMG, ont fait l'expérience sécure d'une relation humaine de confiance dans le respect et la reconnaissance de leur propre humanité meurtrie. Cette humanité commune restituée, ce « miroir » tendu par l'équipe soignante, leur a permis de ne plus lutter contre leur ressenti mais de pouvoir l'exprimer librement. Pouvoir accueillir le malheur, et exprimer dans le même temps le besoin, le souci constant du lien avec leur enfant, c'est vouloir garder ce dernier à leur côté, devant le « miroir ». Ce lien entre l'autre et soi-même facilite le processus de deuil qui pourra s'opérer à partir des traces, des souvenirs qu'aura laissés l'enfant défunt. La reconnaissance de l'existence de l'autre n'est pas sans effet sur soi : elle nous engage et affirme notre responsabilité envers une humanité partagée. Emmanuel Levinas nous aide à penser toute l'humanité qui peut s'exprimer au moment de la disparition et dont ont témoigné les patientes :

« La mort de l'autre que nous aimons confère à la mort toute son intensité dramatique, parce que la vie de l'autre a rayonné de toute son intensité » (36). Les femmes accompagnées au cours des IMG ont dans un double mouvement de reconnaissance et d'identification, donné à leur enfant toute sa place dans la communauté humaine.

Conclusion

Accompagner les couples dans ce « séisme » intime que représente le deuil périnatal au cours des IMG est essentiel : le lien à l'équipe permettra de construire une alliance entre le couple et les soignants sur lequel ils pourront s'appuyer pour affronter le traumatisme et le deuil. Dans cette situation de détresse, le questionnement éthique, l'écoute et l'accompagnement individuel peuvent participer de la recherche de solution par chaque femme pour elle-même.

La proposition d'un accompagnement spécifique par hypnose des femmes au cours des IMG tardives, a tenté d'atténuer la tension éthique extrême provoquée par la procédure d'arrêt de vie *in utero*. Dans ce cadre plus sécure et en s'appuyant sur leurs propres ressources, les femmes confrontées au deuil périnatal ont révélé et spontanément libéré leur créativité : l'accomplissement d'un temps de vie vécu et partagé avec leur enfant avant la séparation annoncée et le deuil.

Cette puissance de vie créatrice, libérée, leur a permis de faire le choix d'accompagner leur enfant, de le « faire vivre dans le présent, d'y accentuer sa présence, de telle sorte que, y puisant tout le possible, demain soit préparé » (37).

« Nous avons su
par toi ce « meilleur
de nous-mêmes »
qui souvent nous
échappe - et sera
en nous - en nos
actes, maintenant

enfant, semence
idéalisation »

Stéphane Mallarmé

Pour un tombeau d'Anatole

(1) Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse : Chapitre III : Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical. (Articles L2213-1 à L2213-5.
(2) Rapport 2019 de l'agence de biomedecine. *:* https://rams-archives2019.agence-biomedecine.fr/activites-techniques-en-medecine-foetale.
(3) Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Flammarion, 2004 Livre III[1107 b 8-9], p. 146.
(4) Foulon C et al., « L'effroi de soi dans l'Interruption Médicale de Grossesse », *Le Carnet PSY* 2014/9 (N° 185), p. 25-31.
(5) *Id.*, p. 27.
(6) Jankélévitch V., *La mort*, Paris, Flammarion, 1977, p. 222.
(7) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible*, Paris, Editions Payot et Rivages, 2023, p. 25.
(8) Melchior T., *Créer le réel, hypnose et thérapie*, Paris, Éditions Seuil, 1998.
(9) Roustang F., *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les Editions de Minuit, 2013, p. 79.
(10) *Ibid.*, p. 178.
(11) De Romilly J., *La tragédie grecque*, Paris, Presses Universitaires de France,1970.
(12) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 41.
(13) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 52.
(14) Jankélévitch V., *La mort, op. cit*., p. 427.
(15) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 29.
(16) Dufourmantelle A., « *Puissance de la douceur* », Paris, Rivages, 2013, p. 19.

(17) Dufourmantelle A., « *Puissance de la douceur* », *op. cit*., p. 19.
(18) *Id*, p. 24-25.
(19) *Ibid*, p. 27.
(20) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 9.
(21) Dufourmantelle A., « *Puissance de la douceur* », *op. cit.*, p. 29
(22) Jankélévitch V., *La mort, op. cit*., p. 179-180.
(23) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 14.
(24) Allouch J., Le deuil aujourd'hui. *Cairn, Cliniques Méditerranéennes* 76-2007.
(25) Dufourmantelle A., « *Puissance de la douceur* », *op. cit.*, p. 113.
(26) *Mourir avant de n'être ?* sous la direction de Frydman R et Muriel Flis-Treves, Colloque Gynécologie/Psychologie, Paris, Ed Odile Jacob, 1997.
(27) Jankélévitch V., *La mort, op. cit*., p. 154.
(28) Allouch J., Le deuil aujourd'hui. *Cairn, Cliniques Méditerranéennes* 76-2007.
(29) Jankélévitch V., *La mort, op. cit*., p. 679.
(30) *Id.*, p. 26.
(31) Rilke RM., *Sa vie est passée dans la vôtre*, Paris, Les Belles Lettres, 2022, p. 26.
(32) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 46.
(33) Pelluchon C., *L'espérance, ou la traversée de l'impossible, op. cit*., p. 10.
(34) Boltanski L., *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004, p.73.
(35) *Id*., p. 75.
(36) Levinas E., *Altérité et transcendance, op. cit.*, p. 165.
(37) Roustang F., *Qu'est-ce que l'hypnose ?, op. cit.*, p.180.