Cahiers de systémique
2026, 8, p. 39-47
https://www.groupepsi.com/cahiers-de-systemique
ISSN 2968-0190
DOI : https://doi.org/10.5281/zenodo.23258108

Le toucher au cœur de la relation
Ce que nous apprend la clinique du deuil périnatal

Dominique MERG-ESSADI

Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie et psychopathologie, praticienne EMDR Europe certifiée
Chargée de recherche PSInstitut Strasbourg
Chercheure associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)
Présidente de l'association « Nos Tout-Petits d'Alsace »

dominique.essadi@gmail.com

Résumé

La question du deuil périnatal a fait l'objet de nombreux travaux cliniques et institutionnels. Les réponses apportées mettent communément l'accent sur l'utilité des rituels symboliques entourant le bébé mort. Un aspect de la construction de l'objet du deuil souvent cité mais qui reste peu étudié dans ses retentissements émotionnels et psychiques consiste à proposer aux parents de tenir l'enfant, le caresser, le toucher. Cet article propose d'explorer cet aspect du deuil périnatal, en partant de quelques situations dans lesquelles le fait de toucher l'enfant mort, ou au contraire de n'avoir pas pu ou voulu le toucher, révèle a posteriori l'importance de la communication tactile dans l'accompagnement du traumatisme de la perte, pour les parents, mais aussi pour les soignants. L'observation de la perte d'un enfant à la naissance fait ainsi ressortir en creux, *in absentia*, l'importance fondamentale de la communication tactile dans la formation du lien précoce et dans les tout premiers temps de la construction du sujet humain.

Abstract – Touch at the Heart of the relationship. What we can learn from clinical practice in perinatal bereavement

The issue of perinatal bereavement has been the subject of numerous clinical and institutional studies. The responses provided commonly emphasise the value of symbolic rituals surrounding the stillborn baby. One aspect of the process of mourning that is often cited but remains little studied in terms of its emotional and psychological implications is the suggestion that parents hold, caress or touch their child. This article sets out to explore this aspect of perinatal bereavement, drawing on a number of situations in which touching the stillborn child – or, conversely, not being able or willing to touch it – reveals, in hindsight, the importance of tactile communication in supporting parents, and also healthcare professionals, through the trauma of loss. Observing the loss of a child at birth thus highlights, by implication and in absentia, the fundamental importance of tactile communication in the formation of the early bond and in the very early stages of the development of the human being.

Mots-clés

Deuil périnatal – Communication tactile – Accompagnement du deuil

Keywords

Perinatal Bereavement – Touch Communication – Bereavement Support

INTRODUCTION

La question du deuil périnatal a fait l'objet de nombreux travaux cliniques et institutionnels ces dernières décennies. Les réponses apportées mettent communément l'accent sur l'utilité des rituels symboliques entourant le bébé mort – comme les photographies, les empreintes ou la présentation du corps –, rituels qui sont aujourd'hui reconnus

pour leur bénéfice thérapeutique tant chez les parents que chez les soignants (Bacqué & al. 2018a et b, Bacqué & Merg-Essadi 2013, Merg-Essadi 2009, 2010, 2023, 2024). Pourtant, au cœur de cette clinique du traumatisme et de la perte, nous avons relevé ces dernières années un aspect de la construction de l'objet du deuil souvent cité mais qui reste peu étudié dans ses retentissements émotionnels et psychiques : tenir l'enfant, le caresser, le toucher fait partie de ce que l'on conseille aux soignants de proposer aux parents, tout en prêtant attention à ne pas les y obliger. Faut-il le proposer, pourquoi, à quel moment, et comment ? Quelle place occupe précisément la sensation tactile dans le processus de mémorisation et de mise en parole du deuil périnatal ? Plus largement, quelle est la fonction du toucher dans la construction originelle du lien d'attachement, et comment cette fonction s'énonce-t-elle dans le discours des parents et des soignants confrontés à la perte d'un bébé ?

Nous nous proposons dans cet article d'explorer cet aspect du deuil périnatal, en partant de quelques situations dans lesquelles le fait de toucher l'enfant mort, ou au contraire de n'avoir pas pu ou voulu le toucher, révèle a posteriori l'importance de la communication tactile dans l'accompagnement du traumatisme de la perte, pour les parents, mais aussi pour les soignants.

Nous serons amenée à solliciter les travaux des psychanalystes qui ont théorisé sur la fonction de la communication tactile dans la construction du sujet, pour souligner, en quelque sorte à rebours, que si le toucher est important pour le nouveau-né, c'est parce qu'il l'est dans la construction du lien entre les parents et l'enfant, et que par conséquent il l'est pour les parents eux-mêmes. Et qu'il l'est pour les parents, alors même que l'enfant n'est plus.

L'observation de la perte d'un enfant à la naissance fait ainsi ressortir en creux, *in absentia*, l'importance fondamentale de la communication tactile dans la formation du lien précoce et dans les tout premiers temps de la construction du sujet humain.

1. OBSERVATIONS CLINIQUES

1.1. Le traumatisme et son accompagnement

Toute naissance est une confrontation entre l'enfant imaginaire, celui que les parents ont construit dans leur tête avant et pendant la grossesse, et l'enfant réel, qui apparaît soudain et qui est nécessairement en décalage : à la fois surprenant, le plus souvent pour le mieux, mais impliquant de composer avec les idéaux et fantasmes entretenus jusque-là, et de faire le deuil d'une bonne partie.

En présence d'un enfant mort, parfois abîmé dans son aspect par le séjour intra-utérin ou par l'extrême prématurité, le deuil périnatal confronte brutalement les parents à la rupture d'avec cet enfant imaginaire et fantasmatique, cet être investi durant la grossesse, porteur de leurs désirs et continuités narcissiques. La mort surgit là où la vie devait éclore, télescopant le début et la fin en un même instant. Pour le psychisme des parents, cette disparition sans histoire partagée avec l'enfant crée un risque de sidération. Comme le rappelle une mère, il faut « *ne pas oublier qu'on est dans une situation complètement hors du temps, hors de tout. J'avais l'impression que j'étais dans un film d'horreur* ».

Ce traumatisme est partagé par les soignants. Une sage-femme témoigne d'une de ces situations, qu'elle qualifie de « chaotique » : « *C'était un enfant à terme, mais mort au moment de l'accouchement, qui a été très rapide. Il s'est passé à peine trois heures entre le moment où les parents ont appris que le bébé était mort in utero et son accouchement. Ça a été très violent, avec une expressivité intense de la douleur, des cris, des gestes, c'était envahissant, c'était un climat de terreur. J'ai pu porter ce bébé dans les bras, les parents étaient tout à leur détresse et ne pouvaient pas le prendre dans leurs bras. Le père se jetait au sol, désespéré, la mère hurlait. J'étais démunie. Je me sentais obligée de tenir ce bébé, mais il n'y avait pas d'espace pour que les parents le regardent, veuillent le porter. Ce n'est qu'après quatre, cinq heures, lorsque les cris ont diminué, que j'ai pu leur présenter. Je n'ai pas senti de tendresse, juste du désespoir. Ils semblaient tellement pris dans l'expression de leur chagrin. Ils ont demandé à le voir uniquement le lendemain, avec l'autre équipe* ».

S'ils sont désarçonnés, en écho à la détresse des parents, les soignants peuvent amplifier celle-ci, suscitant une boucle de renforcement.

A contrario, toucher l'enfant, le prendre dans ses bras, révèle les effets propitiatoires de ces gestes qui l'humanisent. Une sage-femme témoigne de ce que ces effets se communiquent également aux personnes présentes, les soignants en première ligne : « *Il y a eu un couple qui a eu un bébé mort. Ils ont été très tendres, souriants. Le bébé était petit, avait des ongles un peu orangés. C'était un couple maghrébin. Ils ont vu cela comme s'il avait du henné,*

ça les a attendris. Ils se sont regardés. Le papa a ouvert sa paume de main [tournée vers le ciel], la maman a posé sa main dessus, paume ouverte également, et ils ont disposé la main du bébé au milieu. C'était très beau. Ça m'a donné une belle expérience du rapport à la mort ».

Le travail de deuil exige que l'enfant imaginaire soit alors confronté à l'enfant réel pour que la perte puisse être psychiquement enregistrée. Le corps du bébé mort devient l'ancrage indispensable pour attester que l'événement a bien eu lieu. Si les parents refusent l'évènement, ils prennent le risque de rester captifs de la représentation de l'enfant imaginaire, idéalisé ou au contraire monstrueux. Ils ne peuvent en faire le deuil, restent fascinés par la béance du trauma. C'est ici que s'impose l'usage d'effectuer des opérations de présentification du bébé mort : pour faire le deuil de l'enfant, il faut préalablement le reconstruire comme objet, au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire non pas comme une chose inerte, mais comme un être, certes mort, mais qui de ce fait même a été en vie.

Les bénéfices de cette pratique doivent certes être nuancés. Jessica Shulz et Marie-José Soubieux (2018) confirment que pour de nombreux auteurs la présentation de l'enfant semble essentielle pour permettre aux parents de se confronter à la perte. Elles citent cependant l'étude de William Badenhorst et Patricia Hughes (2007) qui, en comparant les femmes ayant vu et touché leur enfant mort à celles ne l'ayant ni vu ni touché, ont montré des résultats inverses. En effet, il apparaît que les femmes ayant vu et touché le bébé sont plus déprimées et ont des symptômes plus intenses de stress post-traumatique. Par contre, l'enfant suivant aura un modèle d'attachement plus fréquemment désorganisé que ceux des mères n'ayant ni vu ni touché leur enfant mort.

1.2. Toucher : un choix souvent difficile

Toucher le bébé mort implique pour les parents de se confronter à la matérialité de l'absence : là où le parent attendait le tonus, la chaleur et le mouvement, il rencontre la rigidité, la froideur et l'inertie.

La rencontre tactile avec le corps sans vie du bébé brise net les attentes sensorielles de la grossesse (qui appelaient la chaleur, le mouvement, le tonus). Le corps inanimé vient attester physiquement que la mort a eu lieu.

Le contact physique est pris dans une tension paradoxale. D'un côté, il y a la confrontation à l'inquiétante étrangeté (Freud 1919) du cadavre (la rigidité, les modifications cutanées post-mortem), source d'effroi. De l'autre, persiste le besoin irrépressible de materner, de caresser, d'envelopper.

La présentation de l'enfant mort est pourtant l'ancrage premier, souvent violent mais nécessaire, qui permet de passer du déni psychique à l'intégration de la perte. Cette expérience, bien que teintée d'une ambivalence entre effroi et tendresse, permet de donner un corps à la perte, condition indispensable pour que le deuil ne reste pas virtuel ou « impensable ».

À ce moment, le toucher est susceptible de déposer une ultime trace mnésique qui, bien que douloureuse, s'inscrit dans l'histoire des parents comme la preuve que ce bébé a existé, a été tenu, et a été reconnu comme humain. Mais choisir de toucher ou de ne pas toucher n'est pas une simple décision logistique, c'est le reflet d'un conflit psychique intense. Le désir de prendre le bébé dans ses bras (continuité du projet parental) se heurte à la peur d'être traumatisé par la vision et le contact de la mort. Les parents naviguent entre un mouvement d'attraction (besoin d'amour, de séparation digne) et un mouvement de répulsion (peur de l'image du cadavre, de la dégradation du corps).

Une des réticences majeures des parents est la crainte que la dernière image ou sensation tactile du bébé ne vienne effacer le bébé imaginaire et parfait de la grossesse. Ne pas toucher peut-être une stratégie de défense pour protéger les représentations internes de l'enfant. À l'inverse, pour d'autres, le besoin d'ancrage dans le réel l'emporte : toucher est le seul moyen de s'assurer que ce bébé a bien existé, pour éviter que le souvenir ne s'évapore dans le virtuel.

Une mère exprime son regret de ne pas avoir osé le faire : « *On n'a pas osé la toucher. On n'a pas osé prendre des photos. Moi, ça m'a hanté très très longtemps de ne pas avoir pris ma fille dans les bras. La seule occasion que j'avais pour la prendre dans les bras, je ne l'ai pas fait. Qu'est-ce qu'elle va penser de moi ?* ».

Le regret a posteriori de cette mère illustre un problème qui vient encore alourdir la difficulté du choix : c'est celui de la temporalité. Quel est le bon moment pour proposer cet aspect du rituel de deuil aux parents ? L'exemple précédent, des parents confrontés très rapidement à la perte inattendue de leur enfant, et qui ont besoin de plusieurs heures pour affronter la vision de son corps sans vie, indique que le psychisme traumatisé a besoin de temps pour passer de la sidération à la capacité de choix. L'arbitrage des parents ne peut se faire sous la pression de l'urgence médicale ou organisationnelle (précipitant par exemple le départ du corps à la chambre funéraire). Le respect de leur temporalité implique parfois de proposer le contact à plusieurs reprises, de respecter le refus initial, ou de permettre des rituels progressifs (toucher seulement une main à travers un drap avant de prendre le bébé).

L'arbitrage entre toucher ou ne pas toucher le bébé mort met en lumière une profonde ambivalence psychique. Les parents oscillent entre le besoin viscéral d'ancrer la perte dans le réel – pour donner une existence charnelle à cet enfant – et la peur de l'effroi face à la matérialité de la mort. Ne pas toucher est parfois une tentative de préserver l'intégrité de l'enfant imaginaire contre la violence du réel.

Pour l'institution, accompagner cet arbitrage exige un respect absolu de cette temporalité psychique des parents : aucune injonction, qu'elle soit incitative ou protectrice, ne doit devancer leur capacité à métaboliser le traumatisme. Mais juger de la pertinence du moment est délicat pour les soignants en situation.

Un auxiliaire de puériculture exprime son désarroi et ses interrogations face à la prise en charge d'un fœtus né sans vie à 18 semaines d'aménorrhée, alors qu'il manifestait encore des signes de vie réflexes : « *Le bébé était tout petit, il avait des gasps, les parents ne souhaitaient pas le prendre. C'était dérangeant de voir ce bébé bouger sans vraiment savoir ce qu'il pouvait ressentir. Je l'ai posé sur mon bras, ça lui a donné de la chaleur, mais après ça m'empêchait de faire autre chose. Les parents m'ont demandé s'il avait mal, mais j'étais incapable de leur répondre. Je ne sais pas. Les médecins nous disent qu'à ce stade, ils ne ressentent pas de douleur, mais alors pourquoi on leur met un anesthésiant s'il faut les intuber ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Si on ne peut rien faire de plus, pourquoi pas les soulager ? Ou qu'on nous dise quoi faire* ».

Une sage-femme témoigne : « *Ce qui m'a questionnée c'est le peau-à-peau... Je ne pensais pas qu'on pouvait demander à la mère si elle voulait faire un peau-à-peau avec son bébé mort. J'avais l'idée que de mettre le bébé en peau à peau pouvait rendre la rencontre traumatisante. Je n'aurais pas pensé à dire aux parents que cela pourrait être une bonne chose pour eux. La façon dont cela a été présenté a fait que je ne l'ai pas ressenti comme un traumatisme. Maintenant, j'oserai le proposer* ».

1.3. Le rôle médiateur des soignants

Historiquement, les institutions cachaient le bébé mort pour « protéger » les parents. Aujourd'hui, la tendance inverse existe, parfois avec ses excès : une injonction implicite à voir et toucher le bébé au nom des théories psychologiques du deuil. Le rôle médiateur des soignants consiste précisément à éviter ce piège. Devancer le contact de manière trop directive peut s'avérer intrusif et redoubler le traumatisme pour des parents qui n'y sont pas prêts. Le soignant doit « autoriser » (ouvrir le champ des possibles) sans « inciter » (imposer une norme de bon comportement face au deuil).

Face à la détresse des parents, le professionnel de santé (sage-femme, infirmier, psychologue, médecin) endosse une fonction de pare-excitation (au sens freudien). Il filtre la violence de la situation. En portant le bébé mort avec respect, en en prenant soin, le soignant montre aux parents que ce corps n'est pas un déchet biomédical dangereux ou repoussant, mais un sujet d'attention. Il réhabilite la dignité du corps et rend le toucher psychiquement possible pour les parents.

Cette fonction tierce intervient d'ailleurs entre les soignants eux-mêmes, dans ces situations où ces derniers peuvent, eux aussi, être pris dans la sidération de la scène traumatique. Une sage-femme évoque un « *accouchement catastrophique, à vingt-trois semaines d'aménorrhée, avec des risques pour la mère, avec des difficultés pour sortir le corps du bébé, qui est sorti en morceaux. Je n'avais pas envie de prendre le bébé dans les bras, le corps avait été en morceaux et je n'aurais pas pu m'en occuper. De plus le pronostic vital de la femme était engagé, j'étais affairée avec les médecins pour sa survie, et c'est comme s'il n'y avait pas de bébé pour moi. Heureusement, l'auxiliaire de puériculture, qui est une femme qui a de l'expérience, a pu s'en occuper elle-même. Je ne sais pas comment elle a fait, mais elle a réussi à rendre le corps de l'enfant présentable. Après je l'ai remerciée, je lui ai demandé comment ça a été pour elle. Elle était sereine, elle m'a répondu « ne t'inquiètes pas, ça va pour moi ». Je suis soulagée qu'elle ai été là, je n'aurais pas pu prendre ce bébé dans les bras* ».

Une étudiante sage-femme assiste à un accouchement marqué par une mort fœtale au sein d'une famille turque. Malgré la barrière de la langue et les restrictions liées, à l'époque, au Covid-19, la famille accueille l'enfant polymalformé dans un calme absolu et un profond respect, transgressant les règles sanitaires pour se recueillir ensemble. Cette expérience, vécue comme un moment d'amour puissant et apaisant, transforme radicalement le rapport de l'étudiante à la mort périnatale. Ce n'est qu'un an plus tard, une fois diplômée, qu'elle découvre que la sage-femme qui l'encadrait a, au contraire, très mal vécu la situation, notamment à cause des reproches professionnels liés aux entorses du protocole Covid. Aujourd'hui, enrichie par cette force familiale, la jeune sage-femme aborde le deuil périnatal avec naturel et sérénité. « *Avant, j'avais peur de prendre un enfant décédé dans les bras, rien qu'à l'idée de la mort. Le fait d'avoir vu cette famille, tout était plus beau. Ils ont montré qu'il pouvait être aimé, qu'il faisait partie de la famille, qu'il était aimable* ».

Lorsque les parents ne se sentent pas capables de toucher directement la peau de leur enfant, le soignant peut aussi devenir un médiateur physique. Il peut proposer des étapes intermédiaires : poser une main sur le bébé emmailloté dans un drap (le tissu faisant office de seconde peau protectrice), ou réaliser des photographies et des empreintes que les parents pourront emporter et regarder/toucher plus tard. Le soignant se fait alors le garant d'une mémoire sensorielle mise « en réserve ».

Le « toucher » n'est pas seulement physique avec le bébé ; il s'exprime aussi à travers le contact sécurisant du soignant. Une mère témoigne après-coup : « *Il y a une chose qui m'a beaucoup aidée, c'était la première sage-femme, parce que j'avais l'impression qu'elle était avec son cœur. (…) C'est aussi le fait qu'une ou deux fois, elle a posé la main sur mon bras, c'était vraiment son attitude, plus les mots qu'elle avait dit. Elle a juste accepté le deuil de ce jour-là, la tristesse de ce moment* ».

2. LE TOUCHER, AU FONDEMENT DE LA CONSTRUCTION DU SUJET

2.1. La peau comme représentation de l'enveloppe psychique

Didier Anzieu, dans son ouvrage princeps, *Le moi-peau* (1985), propose une façon de penser la construction du psychisme par analogie avec la formation de l'enveloppe tégumentaire. Toute l'œuvre psychanalytique d'Anzieu est d'ailleurs travaillée par les limites et les contenants. Le moi-peau est « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». C'est un processus qui opère dans un moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif, mais reste confondu avec lui sur le plan figuratif. On n'oubliera pas qu'Anzieu a été psychologue stagiaire dans un service de dermatologie…

Il s'agit donc d'une métaphore de la construction du psychisme, mais qui trouve son fondement dans l'idée qu'effectivement le psychisme ne peut s'être élaboré que par étayage sur la peau, cette enveloppe ayant pour fonction de différencier le dedans du dehors. Le premier étayage auquel le fœtus a directement accès est le corps de sa mère. Durant les neuf mois de gestation, celui-ci lui fournit l'ensemble de ses besoins en nutriments et oxygène. Au fur et à mesure qu'il se développe, ses sens s'organisent d'abord à partir du toucher, de la proprioception et de l'audition. Il peut alors percevoir son état comme étant contenu par le corps de sa mère. Dès la naissance, ces repères changent brusquement, le contenant s'éloigne, et il lui faut fournir des efforts pour se procurer nutriment et oxygène.

Durant les premières semaines, c'est toujours le corps de la mère, les interactions qu'elle a avec son bébé qui vont soutenir ce dernier. Ces interactions se font de deux manières, par leurs peaux respectives et par une autre forme d'enveloppement qui est la parole. Ensuite, au cours de l'enfance, les structures psychiques se mettent en place permettant au Moi de s'installer et de se différencier. Mais cette construction progressive se fonde sur les expériences sensitives passées, notamment les perceptions et sensations épidermiques que le bébé a partagées avec sa mère.

Guy Lavallée (2024) se pose la question : « Que sait-on de l'intérieur de notre corps ? ». Dans le prolongement du concept de « moi-peau » développé par Didier Anzieu, il propose une réflexion sur le « moi-matière ». Il existe, dès l'origine de la vie, une intense sensibilité interne qui doit donner une consistance-cohérence à une forme originaire du moi, le « moi-matière ». Ultérieurement, cette sensibilité intéroceptive s'estompe, mais le moi-matière reste la source des émotions, le lieu de la formation des affects et des angoisses extrêmes, le lieu aussi où s'éprouvent et se conservent nos objets d'amour. C'est ainsi que dans la clinique de l'autisme, des angoisses de mort du moi, des traumatismes, l'intérieur du corps fait caisse de résonance au psychisme. Il est une plaque tournante de toutes les formes de somatisation.

2.2. Le toucher, vecteur premier de la communication non verbale

Dès lors que l'enfant est projeté à l'extérieur du corps maternel et qu'il se retrouve nu, ayant perdu la contenance de l'utérus et la chaleur du liquide amniotique, c'est logiquement le toucher qui va permettre de rétablir l'enveloppe, et plus exactement la manière de le toucher, qui doit être un toucher contenant. On ne peut que se référer ici aux travaux de Donald W. Winnicott qui l'ont amené à formuler les deux concepts de *holding* et de *handling* (Winnicott 1960, 1964).

Le holding désigne le fait de tenir et maintenir l'enfant de façon adéquate par sa mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant, de manière à contenir les angoisses de ce dernier. Physiquement, il s'agit de porter son bébé dans les bras, de le bercer, de le serrer contre soi, de le tenir de manière sécurisante, de rassembler ses membres désorganisés. Mais ces gestes ne se réduisent pas à une technique. Le psychanalyste René Spitz (1945) avait déjà très tôt identifié le phénomène de l'hospitalisme chez des enfants pris en charge dans des institutions, nourris, lavés, changés, et donc manipulés physiquement, mais privés de soins affectifs. Il semble donc qu'il faille dans le holding quelque chose d'autre qui passe par le toucher : une intention, une préoccupation, qui expriment l'aptitude de celle ou celui qui tient l'enfant à penser ses émotions et ses besoins. La « mère suffisamment bonne » de Winnicott est celle qui introduit l'enfant à l'intersubjectivité en se demandant s'il a peut-être faim, s'il a peur, s'il a besoin d'être rassuré. Ce faisant, elle interprète, et positionne l'enfant comme un sujet susceptible de réagir à ses interprétations.

Le concept de handling prolonge celui de holding. Il s'agit en quelque sorte du toucher en action : les soins prodigués à l'enfant (bain, changes, habillage…) qui lui permettent de découvrir les contours de son propre corps. Ces interactions précoces participent à la construction de son moi, par distinction entre le dedans et le dehors.

Par la suite, l'enfant grandit et les besoins de holding et de handling physiques vont diminuer. Mais le versant psychique du holding et du handling va se maintenir, sous forme d'un enveloppement visuel et langagier : on regarde l'enfant évoluer, s'éloigner, on l'appelle pour lui dire de ne pas aller trop loin… Cette observation permet à l'enfant de continuer à se sentir porté, contenu et en sécurité, lui permettant d'explorer le monde.

La communication non verbale passant par le toucher repose sur une boucle interactive subtile. Le parent ou le soignant capte et interprète les micro-réponses du nourrisson (chaleur, tonus, frissons) pour ajuster son geste. Cependant, pour que cet échange tactile vaille information réciproque, le bébé doit préalablement exister dans l'esprit de l'adulte, inscrit dans un projet et un imaginaire de vie. C'est précisément l'effondrement de cet univers projectif qui rend la mort périnatale si traumatique, privant soudainement le geste tactile de son destinataire et de son avenir.

2.3. Holding et handling en miroir

En quoi ces travaux sur le développement de l'enfant concernent-ils le problème des parents qui subissent une perte d'un enfant, pour qui le holding et le handling sont des questions qui ne se poseront jamais ? Nous allons introduire ici l'idée que la question amène son inverse : la perte de l'enfant, en créant une absence, pour ainsi dire et paradoxalement « palpable », éclaire le rôle du toucher non seulement pour le développement de l'enfant, mais aussi pour les parents. C'est comme si l'on pouvait inférer, depuis le manque parental, l'effet développemental qu'aurait eu le toucher pour un enfant vivant.

Les travaux des psychanalystes mettent l'accent sur l'importance pour le développement de l'enfant d'être adéquatement manipulé. Remarquablement, la focale sur l'enfant, s'il est le principal souci des auteurs, peut amener à laisser dans l'ombre la subjectivité de ceux qui s'en occupent. La mère, en particulier, doit être « suffisamment bonne », adéquate dans ses gestes, mais qu'en est-il d'elle, de ses besoins, de son désir ? Toucher son enfant, le manipuler, va-t-il de soi ? Les conseils s'adressent aux parents généralement attendus comme réceptifs aux bonnes pratiques. Mais qu'est-ce qui fait qu'effectivement ils le sont la plupart du temps ? Qu'est-ce qui les rend « suffisamment bons » ?

La mère, en particulier, est souvent présentée comme si elle disposait naturellement de cette capacité, en raison d'une sensibilité qui s'est développée pendant la période symbiotique, ce qui lui permet de comprendre et ressentir ce dont l'enfant a besoin. C'est à peine que l'on entend l'idée que cette capacité pourrait être liée à son besoin à elle : qu'elle a besoin que l'enfant ait besoin d'elle[1].

C'est à cet endroit que la clinique de la perte néonatale éclaire en creux, par l'absence de l'enfant perdu, un fait remarquable : le besoin de toucher est réciproque, il construit (aurait dû construire) l'enfant, mais aussi la mère.

Il nous faut relever ici une autre observation issue de la clinique, à propos de cette question du toucher. Le plus souvent, ce sont les mères qui regrettent de n'avoir pu toucher, tenir l'enfant, s'il s'avère qu'elles n'ont pu le faire sur

1. Certes, psychologues et psychanalystes sont attentifs à ce qui se passe chez les parents, mais c'est généralement quand ce désir de soigner leur enfant semble faire défaut. Winnicott était sensible au problème des mères qui n'arrivent pas à s'occuper de leur enfant, et il observe qu'on peut les aider assez simplement : il suffit de s'occuper d'elles pour qu'elles s'occupent de leur enfant. Claude Boukobza (2003) en tire un conseil général pour l'accueil des mères en institution, qui est de les soutenir psychiquement en reconnaissant la nature essentielle de leur tâche ; en d'autres termes : que le holding s'applique à elles aussi.

le moment. Dans l'élaboration de l'objet du deuil, les pères semblent plus facilement pouvoir s'en tenir à une présentation visuelle de l'enfant ; les photos suffisent à construire un souvenir.

Une mère témoigne : « *J'ai été complètement dépassée par ce qui se passait, complètement. Et donc, ils sont arrivés et ils nous ont présenté Élisa… (…) Moi, je n'avais jamais vu une personne morte, et certainement pas de bébés morts. Et donc, on était là. Et on n'a pas osé la toucher. On n'a pas osé prendre des photos. On n'a pas osé la toucher. Et ça ne nous a même pas passé par l'esprit d'appeler notre fils, qui était déjà là, il avait trois ans et demi. On n'a pas osé de l'appeler. Donc, ces trois choses-là quelque part [nous manquent]. Mon conjoint c'était de ne pas avoir de photos, parce que lui, avec son cerveau un peu scientifique, il aurait eu besoin pour l'avoir. (…) Moi, ça m'a hanté très très longtemps que je n'ai pas pris ma fille dans les bras* ».

Il y a nécessairement une différence dans le rapport à la question du toucher, du tenir l'enfant, entre la mère, le père et les autres parties prenantes (les soignants, la famille…). Cette différence tient à l'expérience de la grossesse, qui jusqu'à nouvel ordre, n'est pas partageable. Après la naissance, le père, comme la mère, peut prodiguer des soins à l'enfant, faire l'expérience du bonheur de le prendre dans les bras, de le toucher. Cette expérience-là, qui est aussi celle de la confrontation entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel, est communément partagée. Mais il se trouve que, pour la mère, l'enfant réel est d'une certaine façon déjà là avant l'accouchement : il se manifeste à l'intérieur d'elle, comme une vie qui a déjà son existence propre dès lors que le fœtus commence à s'agiter indépendamment de son vouloir à elle. L'enfant communique donc, et il le fait sous une forme paradoxale : ce sont des sensations proprioceptives pour la mère, mais haptiques pour le fœtus.

Formulons le paradoxe plus précisément. La proprioception concerne des sensations éprouvées dans nos organes, mais dès lors que la mère commence à sentir le fœtus bouger, elle ne peut plus le considérer comme l'un de ses organes. Il s'agit d'un être, qu'elle investit ou non à sa manière, mais qui la touche de l'intérieur, alors que la notion de toucher est normalement associée à une sensation vécue de l'extérieur.

On pourrait oser une figure topologique pour représenter la manière dont fonctionne imaginairement l'enveloppe tégumentaire à ce moment-là : celle du ruban de Möbius : le fœtus est sensoriellement à la fois d'un côté et de l'autre côté de l'enveloppe qui le sépare de sa mère, de part et d'autre de la même surface.



On saisit alors que l'accouchement constitue une explosion/implosion topologique, qui propulse le nouveau-né à l'extérieur d'un espace qui n'avait pourtant ni extérieur ni intérieur. Et pour lui comme pour sa mère, le toucher, dans son acceptation classique, est un prolongement de l'expérience haptique antérieure. Avec un effet crucial pour la mère : si elle touche le bébé, c'est qu'elle est en même temps touchée par lui. Et plus précisément encore : si elle le touche, et qu'elle est de la sorte touchée par lui, c'est qu'il est vivant.

On comprend l'importance que peut avoir le toucher dans l'élaboration de l'enfant réel comme, non pas un organe inerte éjecté de son corps, mais un être qui a d'abord été vivant avant que d'être mort.

Conclusion

La clinique du deuil montre que, pour accepter qu'un objet puisse être perdu, il faut d'abord qu'il ait été présent. Dans les cas de perte d'un enfant à la naissance, il est important que le corps ne soit pas simplement escamoté, comme s'il n'avait jamais existé : si tel est le cas, l'enfant imaginaire, idéal ou monstrueux, ne peut être associé à ce corps réel et persiste au lieu de disparaître, il n'y a plus que lui, envahissant les souvenirs sous ses formes idéalisées ou monstrueuses. Il importe donc d'élaborer le processus de deuil à partir d'une construction préalable de ce dont il

faut faire le deuil : d'où l'importance des rituels de présentation (au double sens de rendre présent et présentable) de l'enfant, avec constitution de traces qui feront souvenir.

Dans cette présentification de l'enfant, le toucher s'avère avoir un rôle important. Et au-delà de sa prise en compte dans la pratique, pour l'accompagnement des parents dans ces situations particulières, nous découvrons que cette importance du toucher révèle une fonction plus générale, originaire, dans la formation des premières relations entre parents et enfants, et ce dès avant la naissance, et donc dans la constitution même du sujet humain.

Le toucher est la fonction sensorielle première, archaïque, si l'on s'avise qu'elle existe chez tous les êtres vivants avant l'apparition de tous les autres sens. La moindre entité vivante, ne serait-ce qu'une bactérie, entre en contact (au sens physique) avec son environnement et d'autres entités en se cognant simplement à eux. Par la résistance que leur oppose un dehors, les êtres vivants se construisent à la fois un dedans et une surface tégumentaire qui les en sépare.

Au plan des perceptions, la vision est avec le toucher le seul canal qui réunit les conditions d'une possible inter-perceptivité simultanée (Clam 2006) : nous pouvons regarder quelqu'un regarder, alors que nous ne pouvons pas entendre quelqu'un entendre. Cette propriété de la vision est ce dans quoi s'origine la force de la capture narcissique du sujet par son image propre et par l'image de l'autre le regardant. Ce qui est vu est vu en totalité et instantanément : la vision ignore la temporalité, et c'est en quoi elle participe, avec le toucher, qui lui aussi est interperceptif, aux conduites les moins médiates, celles qui associent à un stimulus une réponse. Le toucher, davantage encore que la vision, intervient en imposant cette interperception dans la relation à l'autre et à soi-même : quand ma main touche mon corps, je sens mon corps sous ma main, mais je sens aussi ma main, et quand je touche l'autre, je le sens en même temps qu'il sent mon toucher.

Nous conclurons en proposant une hypothèse, à reprendre pour des travaux ultérieurs : que le toucher est à la base de l'empathie. L'observation commune, confirmée par des expériences en neurophysiologie (Decety 2010, Clumeck & Linkowski 2013), montre que quand quelqu'un a mal, nous avons souvent « mal pour lui ». Mieux encore : si nous observons quelqu'un en train d'effectuer des mouvements préjudiciables à sa santé, nous souffrons pour lui par anticipation, alors qu'il ne sait pas encore qu'il se fait mal. Cette empathie est peut-être ce qui guide les praticiens de médecines alternatives faisant appel au toucher, comme les ostéopathes, dans leurs diagnostics. La représentation de l'autre, chez l'humain, implique une représentation de soi dans sa relation à cet autre, et de ce fait, une représentation de l'autre comme étant une partie de soi.

Références

Anzieu D. (1985). *Le moi-peau*, Paris, Dunod.

Badenhorst W. & Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21(2), p. 249-259. DOI : https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004.

Bacqué, M.-F., & Merg Essadi, D. (2013). Des corps immémoriaux... Devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance. Deuils social et psychologique des parents. *Corps*, 11(1), 57-67. DOI : https://doi.org/10.3917/corp1.011.0057

Bacqué, M.-F., Sani, L., Rauner, A., Losson, A., Merg Essadi, D., & Guillou, P. (2018a). Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. Première partie : De la Préhistoire aux Lumières. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(4), 240-247. DOI : https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.03.001

Bacqué, M.-F., Sani, L., Rauner, A., Losson, A., Merg Essadi, D., & Guillou, P. (2018b). Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. Deuxième partie : Des Lumières à aujourd'hui. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(4), 248-255. DOI : https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.04.005

Boukobza, C. (2003). La clinique du holding. Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron,* 173(2), 64-71. DOI : https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064.

Clam J. (2006), *Sciences du sens : perspectives théoriques*, Strasbourg, PUS.

Clumeck C. & Linkowski P. (2013), L'apport de la recherche en neurosciences à l'étude de l'empathie. *Revue Médicale de Bruxelles*, 34(2), p. 90-99.

Decety J. (2010), Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie, *Revue de neuropsychologie,* 2(2), p. 133-144. DOI : https://doi.org/10.1684/nrp.2010.0079.

Freud S., 1919 [1933], *Das Unheimliche*. Tr. fr. : L'inquiétante étrangeté, in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard.

Lavallée, G. (2024). *Le moi-matière : Aux sources de l'émotion*. In press.

Merg Essadi, D. (2009). Les temps de la mort d'un enfant en fin de grossesse. In *Générations et Cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux*, Presses de l'Université du Québec, p. 77-96.

Merg-Essadi, D. (2010). Les fonctions réciproques de la mémoire et de l'oubli. L'exemple du travail d'acceptation dans les cas de deuil périnatal. *Revue des sciences sociales*, 44(1), 100-109. DOI : https://doi.org/10.3406/revss.2010.1324.

Merg-Essadi, D. (2023). Faire famille autour d'un enfant disparu. *Cahiers de systémique*, (3), 55-63. DOI : https://doi.org/10.5281/ZENODO.10419497.

Merg-Essadi, D. (2024). Accompagner les personnes et le système familial lors d'un deuil périnatal. *Cahiers de systémique*, *5*, p. 65-76. DOI : https://doi.org/10.5281/ZENODO.14192356.

Molinié, M., & Hureaux, S. (2013). La vie tangible des bébés morts, *Études sur la mort*, 142(2), p. 109-123. DOI : https://doi.org/10.3917/eslm.142.0109.

Shulz J.H. & Soubieux M.J. (2018), *Le deuil prénatal*, Bruxelles, Yapaka.be. En ligne : https://www.yapaka.be/livre/livre-le-deuil-prenatal.

Spitz R.A. (1945), Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 1, p. 53-74.

Winnicott D.W. (1960), The theory of the parent-infant relationship, *International Journal of Psychoanalysis*, 41, p. 585–95.

Winnicott D.W. (1964), *The Child, the Family and the Outside World*, London, Pelican Books.