



Perte périnatale post-interruption volontaire de grossesse et croyance en la punition divine : impact sur l'investissement du futur enfant et mobilisation des croyances culturelles

Lina Ben Ammar¹, Jamal Elouafa², Mounia Hamraoui³

1 : Doctorante à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V de Rabat (Maroc), en cotutelle avec l'Université Marie et Louis Pasteur de Besançon (France).

2 : Professeur à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V de Rabat (Maroc).

3 : Professeure à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V de Rabat (Maroc)

Résumé : Cet article illustre une situation clinique issue d'une recherche doctorale plus large portant sur l'impact d'une perte périnatale sur l'investissement du futur bébé. Il montre qu'une perte périnatale survenant après une interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être interprétée comme une punition divine, sous la forme d'une incapacité à pouvoir mener une grossesse à terme. Ces doutes peuvent entraver l'investissement du futur enfant lors de la grossesse suivante, en raison de la certitude d'une éventuelle perte et comme mécanisme de protection contre la souffrance anticipée. À l'inverse, la croyance au destin peut être mobilisée pour externaliser la cause de la perte et écarter l'idée d'une punition divine, permettant ainsi une élaboration psychique. L'exploration des attributions causales que la femme peut faire après des pertes périnatales successives à une IVG, ainsi que l'identification et la valorisation des croyances culturelles mobilisées pour son élaboration psychique, apparaissent particulièrement pertinentes dans le cadre de l'accompagnement psychologique.

Mots-clés : Perte périnatale, investissement du futur bébé, attachement prénatal, interruption volontaire de grossesse, croyance, élaboration psychique, punition divine

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.19976201>



1 Introduction

La perte périnatale désigne le décès d'un enfant survenant entre la conception et la fin de la première année de vie (Serret, 2002). Elle constitue un événement brutal, inattendu et potentiellement traumatique, représentant non seulement la perte d'un objet aimé, mais également une interruption du processus de parentalisation, accompagnée d'une atteinte narcissique de la capacité à avoir un nouvel enfant (De Galembert, 2009 ; Soubieux, 2013).

Les pertes périnatales précoces demeurent difficiles à mesurer en raison de leur sous-déclaration. Dans ce contexte, la mortalité infantile, indicateur accessible dans les bases de données internationales, sera retenue comme référence pour estimer l'ampleur de ces pertes. En 2023, le taux mondial de mortalité infantile était de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes, avec d'importantes disparités : 73 au Soudan du Sud contre 1 à Saint-Marin. Le Maroc se situe à un niveau intermédiaire, avec 16 décès pour 1 000 naissances vivantes, légèrement inférieur à la moyenne mondiale (Banque mondiale, s. d.).

Différents types de pertes périnatales sont recensés, tels que la mortinatalité (décès avant 22 semaines d'aménorrhée), la mortalité néonatale (décès entre le 7^e et le 28^e jour après la naissance) et la mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an). L'interruption volontaire de grossesse (IVG) constitue également une forme de perte périnatale, mais se distingue par le fait qu'elle est volontaire et décidée par la femme enceinte. Elle peut résulter d'une grossesse non désirée, parfois due à une non-observance de la contraception (Hamraoui, 2011). Cependant, le recours à l'IVG n'est jamais une décision aisée et demeure fortement stigmatisé, associé à une déviance morale et inscrit dans le registre du tabou.

Au Maroc, l'IVG s'inscrit dans un double registre de prohibition, à la fois juridique et religieux, ce qui lui confère une forte charge morale et symbolique.

Sur le plan légal, la pratique de l'IVG est strictement encadrée et, dans la majorité des cas, criminalisée (Belhouss et al., 2011). Sur le plan religieux, selon l'islam, religion officielle du pays, le fœtus reçoit le souffle divin entre le 90^e et le 120^e jour de gestation, moment où il acquiert un statut pleinement humain. L'IVG est formellement interdite au-delà de ce terme. Si certains Oulémas tolèrent l'interruption de grossesse avant ce seuil, d'autres s'y opposent, et de nombreuses interprétations considèrent l'IVG comme répréhensible dès le quarantième jour, correspondant au début de l'organogenèse (Belhouss et al., 2011).

Notre situation clinique vise à montrer que, chez une femme marocaine, une perte périnatale survenant après une interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être interprétée comme une punition divine, conduisant la femme à croire qu'elle a perdu sa capacité à mener une grossesse à terme. Elle illustre également que cette interprétation peut provoquer un désinvestissement du futur bébé, afin de se protéger en cas de nouvelle perte, et que le recours aux croyances culturelles, notamment au destin, peut faciliter une élaboration psychique et restaurer la capacité à investir le futur enfant.

La perte périnatale constitue un traumatisme qui, selon Maïdi (2006), peut s'inscrire dans une temporalité à double entrée : celle du choc initial et celle de ses répercussions différées, ce que Freud conceptualisait sous le terme d'« après-coup ». Il convient donc de porter attention non seulement au vécu immédiat de la perte périnatale, mais également à ses effets différés, c'est-à-dire à l'après-coup de cette perte.

À notre connaissance, au Maroc, aucune étude en psychologie n'a exploré le vécu des pertes périnatales chez les femmes enceintes, et plus particulièrement après une IVG. Comprendre ce vécu est essentiel pour appréhender les spécificités psychiques des femmes marocaines et pour orienter une prise en charge adaptée.

Cette situation clinique, particulièrement pertinente, s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale plus large portant sur l'impact des pertes périnatales sur l'investissement du futur bébé.

2. Situation clinique

Madame Fatiha a été rencontrée dans le cadre d'une recherche doctorale menée au sein du service des grossesses à haut risque de l'hôpital de Maternité Souissi, à Rabat (Maroc). Âgée de 33 ans, elle est femme au foyer et nullipare, n'ayant jamais eu d'enfant vivant. Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants, composée de deux sœurs et d'un frère. Son enfance est décrite comme stable, dans un contexte familial modeste mais sécurisant. Elle rapporte avoir entretenu de bonnes relations avec ses parents, notamment une relation affectueuse avec sa mère.

Vécu des pertes périnatales après une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Quelques mois après son mariage, Madame Fatiha est tombée enceinte et a eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Un an plus tard, une grossesse désirée s'est interrompue à la fin du premier trimestre, à la suite d'une fausse couche tardive. Par la suite, une troisième grossesse est survenue, mais s'est interrompue au troisième trimestre, aboutissant à la naissance d'un enfant mort-né.

La dernière perte périnatale s'est révélée particulièrement éprouvante sur le plan psychique. Cette grossesse, investie comme support d'un espoir de réparation après des pertes antérieures, s'est interrompue au troisième trimestre, au moment de la préoccupation maternelle primaire, période d'investissement libidinal maximal du fœtus. Survenant à un stade avancé de la gestation, cette interruption a pris une valeur traumatique majeure.

La violence de l'expérience ne tenait pas uniquement au stade avancé de la grossesse, mais également aux circonstances traumatiques qui l'entouraient. Dans les jours précédant l'accouchement, Madame Fatiha portait in utero un fœtus décédé, situation qui suscitait chez elle un vécu d'étrangeté corporelle et d'effroi. Elle ressentait la sensation de porter un « microbe » dans son ventre et éprouvait un besoin impérieux de s'en débarrasser. Ces éléments témoignent d'un renversement de l'objet interne, passant d'un objet investi et idéalisé à un objet persécuteur, traduisant une désorganisation des représentations maternelles.

Par ailleurs, les conditions d'hospitalisation ont constitué un facteur aggravant du traumatisme. La cohabitation avec des mères accompagnées de leurs nouveau-nés a imposé une confrontation directe et répétée à l'objet perdu, réactivant la blessure narcissique et renforçant un vécu d'échec maternel.

Madame Fatiha a quitté l'hôpital avec une empreinte psychique durable et une cicatrice abdominale résultant de la césarienne, symbolisant à la fois la perte et le traumatisme subi.

L'interprétation des pertes périnatales post-interruption volontaire de grossesse comme sanction divine

Le caractère particulièrement éprouvant de la dernière perte, associé à la répétition des pertes survenues après l'IVG, a conduit Madame Fatiha à interpréter ces événements comme une

sanction divine liée à son recours antérieur à l'IVG. Elle se considère pleinement responsable et est convaincue que cette sanction se manifeste par son incapacité à mener une grossesse à terme : « *J'ai tué un enfant, je subis une punition divine et je ne pourrai plus avoir d'autres enfants* ». Ce sentiment de responsabilité a engendré une culpabilité intense et l'a même amenée à s'estimer responsable du malheur affectant l'ensemble de sa famille.

Conséquences de l'interprétation des pertes périnatales post-interruption volontaire de grossesse comme sanction divine

La conviction d'avoir perdu sa capacité à mener une grossesse à terme a suscité un doute quant à sa fertilité. Ces interrogations ont profondément affecté son identité féminine et maternelle, au point qu'elle se décrit comme ressentant « *quelque chose en moins dans sa féminité* ». Cette perception a engendré un sentiment d'exclusion du groupe des femmes fertiles — « *Je ne suis plus comme les autres femmes* » — ainsi qu'un sentiment d'infériorité et une jalousie marquée envers les mères entourant leurs enfants.

Les doutes quant à sa capacité à mener une grossesse à terme avait même freiné l'émergence du désir d'une nouvelle grossesse. Madame Fatiha avait renoncé à tout projet de maternité, se déclarant incapable de supporter l'éventualité d'un troisième décès périnatal. La gestation était perçue comme une menace plutôt que comme un espoir, constituant une formation réactionnelle visant à protéger la femme contre un effondrement psychique en cas de nouvelle perte.

Six mois après sa précédente perte et à la suite de deux oublis de pilules contraceptives, Madame Fatiha s'est retrouvée enceinte, dans le même mois que celui du décès précédent. Cette coïncidence temporelle peut être comprise comme l'expression d'un « calcul inconscient ». L'oubli des contraceptifs traduisait un désir inconscient de maternité : ce qui semblait être refusé n'était pas la survenue d'une nouvelle grossesse ou la naissance d'un enfant, mais plutôt la répétition de l'expérience d'une grossesse non aboutie.

Madame Fatiha a annoncé sa grossesse uniquement à son conjoint, à ses beaux-parents et à ses parents, en leur demandant de préserver le secret afin de se prémunir contre le mauvais œil, croyance répandue dans la culture arabo-musulmane. Cette dissimulation revêtait également une fonction défensive psychique, limitant l'exposition au regard d'autrui et protégeant contre un jugement en cas d'interruption spontanée. Elle dissimulait même son ventre en portant des vêtements amples, qui fonctionnaient comme une enveloppe défensive matérialisant une

frontière symbolique entre l'intérieur et l'extérieur, permettant de contenir l'angoisse et la honte anticipée. Cette atteinte corporelle illustre une incorporation psychique de la sanction divine, où le corps devient le support tangible de la crainte de l'échec reproductif.

Les doutes quant à sa capacité à mener une grossesse à terme avaient également impacté l'instauration d'un bon attachement prénatal au début de la gestation. Persuadée que sa grossesse allait s'interrompre, Madame Fatiha s'efforçait d'éviter tout investissement affectif envers son futur bébé. Cet évitement se manifestait dès le départ par le refus d'accepter une nouvelle grossesse, puis par le refus d'annoncer la gestation et de toute pensée ou discussion relative au fœtus. Ce désinvestissement ne traduisait pas un rejet de la maternité, mais constituait une protection psychique visant à rester éloignée de la grossesse afin de contenir l'angoisse et de limiter l'impact émotionnel d'une nouvelle perte. Toutefois, ce retrait affectif entravait l'instauration d'un attachement prénatal optimal.

Rationalisation et croyances culturelles comme mécanismes défensifs face à l'interprétation des pertes périnatales post-IVG comme sanction divine

Durant l'entretien, le discours de Madame Fatiha s'articulait principalement autour de ses doutes quant à sa capacité à mener une grossesse à terme, qu'elle interprétait comme la conséquence d'une punition divine consécutive à son recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Cette conviction s'accompagnait d'un vécu de culpabilité particulièrement intense. Nous avons observé que, tout au long de l'entretien, elle oscillait entre différentes explications causales, semblant tenter d'écarter l'hypothèse d'une sanction divine, dans un mouvement visant à atténuer cette culpabilité et à réguler son angoisse.

Dans cette perspective, Madame Fatiha a rapporté que sa mère lui avait transmis l'idée selon laquelle le décès périnatal constitue un événement susceptible de survenir chez toute femme, en particulier chez les primipares. Selon cette représentation, les pertes ne relevaient pas nécessairement d'une punition divine, mais pouvaient être liées à un manque d'expérience maternelle.

Dans le prolongement de cette explication, Madame Fatiha a ajouté que, lors de ses deux derniers décès périnataux, elle n'avait pas accordé une attention suffisante à sa grossesse, évoquant notamment l'oubli de certains rendez-vous médicaux. Elle a attribué ainsi ces pertes à une forme de négligence personnelle et à son manque d'expérience.

Cette attribution causale interne, bien qu'elle génère également de la culpabilité, apparaisse moins massive que celle induite par la représentation d'une incapacité à mener une grossesse à terme, envisagée comme la conséquence de son acte d'« avoir tué un être humain ».

Par ailleurs, Madame Fatiha a mobilisé une autre modalité explicative en s'appuyant sur une croyance en la prédestination de la mort. Elle a confirmé que ces décès périnataux étaient inscrits dans un destin préalable, indépendamment de son recours à une IVG. Le recours à cette croyance s'inscrivait dans une dynamique défensive, permettant de contenir l'angoisse et de réduire la culpabilité en attribuant l'événement à une nécessité inéluctable plutôt qu'à une sanction divine.

Ainsi, qu'elles soient de nature interne (négligence, manque d'expérience) ou externe (destin), ces explications causales apparaissent comme moins persécutrices et moins culpabilisantes que l'interprétation des pertes périnatales envisagées comme l'expression d'une incapacité à mener une grossesse à terme imputée à une punition divine.

Enfin, Madame Fatiha a attribué également une signification valorisante à ces décès périnataux. Elle a rapporté que sa mère lui avait transmis la croyance selon laquelle les enfants décédés permettent à leur mère d'accéder au paradis. Cette élaboration symbolique semble jouer une fonction de contenance psychique, en conférant une valeur positive à la perte et en contribuant à l'atténuation de la culpabilité ainsi que de l'idée d'avoir subi une sanction divine liée à son recours à une IVG.

3. Discussion

Cette situation clinique vise à montrer qu'une perte périnatale survenant après une interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être interprétée comme une punition divine, amenant la femme à se représenter comme ayant perdu sa capacité à mener une grossesse à terme. Elle illustre également que cette interprétation peut entraîner un désinvestissement du futur bébé, dans une visée défensive de protection contre une éventuelle perte ultérieure. Par ailleurs, le recours aux croyances culturelles, notamment à la référence au destin, peut faciliter une élaboration psychique et restaurer la capacité à investir le futur bébé.

La religion islamique interdit les interruptions volontaires de grossesse. Madame Fatiha a, par ailleurs, eu recours à une IVG, suivie de plusieurs pertes périnatales. La répétition de ces pertes,

associée à leur caractère traumatique, l'a conduite à les interpréter comme la conséquence d'une punition divine, qu'elle se représente sous la forme d'une incapacité à mener une grossesse à terme. À notre connaissance, aucune étude n'a spécifiquement mis en évidence une telle interprétation dans ce contexte, ce qui confère à cette observation un intérêt clinique particulier.

Les travaux de Cowchock et al. (2010) montrent que la « *religious struggle* » — définie comme le fait d'interpréter la perte comme une punition ou une injustice divine — est associée à une majoration de la sévérité du deuil périnatal. Le cas de Madame Fatiha s'inscrit dans cette perspective, tout en s'en distinguant par sa spécificité : la survenue de pertes périnatales après une IVG semble favoriser une interprétation punitive, dans la mesure où la transgression religieuse préalable offre une causalité subjective disponible pour donner sens aux pertes ultérieures.

Attribuer une cause à un événement constitue une condition nécessaire à sa mise en sens (Delouée, 2018 ; Ngueutsa, 2012). Toutefois, lorsque cette attribution est interne — c'est-à-dire imputée à soi-même (Mangard, 2002) — elle peut produire des effets délétères. En l'occurrence, la croyance en une punition divine a conduit Madame Fatiha à se vivre comme défaillante dans sa capacité reproductive, générant un sentiment de culpabilité intense et fragilisant son identité féminine et maternelle. Ce processus rejoint les observations de Wortmann et Park (2008), qui décrivent certaines tentatives de mise en sens spirituelle comme pouvant échouer et donner lieu à des constructions subjectives inadaptées, aggravant la détresse psychique.

Par ailleurs, Ecochard et Bayle (2017) soulignent que l'IVG peut s'accompagner de manifestations psychiques telles que la culpabilité, la honte, l'évitement ou encore des symptômes de stress post-traumatique. Notre observation suggère que ces manifestations peuvent être majorées lorsque l'IVG est suivie de pertes périnatales répétées.

Passant maintenant à l'impact de cette interprétation subjective sur le désir de grossesse et l'attachement prénatal durant la nouvelle grossesse.

En fait, après une perte périnatale, la femme peut se sentir responsable de l'événement, notamment en raison d'un vécu de défaillance dans le suivi de la grossesse, générant une culpabilité importante (Shulz & Mériot, 2014 ; Omar et al., 2024). Cette culpabilité peut susciter un désir de réparation visant à compenser le préjudice infligé. Toutefois, lorsque l'objet de la

réparation est absent ou inaccessible, cette dynamique se complexifie (Graton & Ric, 2017). Dans ce contexte, certaines femmes s'engagent dans une « grossesse de réparation », cherchant une nouvelle grossesse afin de protéger le futur enfant et de corriger symboliquement l'échec précédent (Bayle, 2017). Cette démarche permet de diminuer la culpabilité, de restaurer une image maternelle altérée, et peut être investie comme une tentative de restauration narcissique.

Dans le cas de Madame Fatiha, une dynamique différente a été observée. Malgré la présence d'une culpabilité marquée, elle avait initialement évité tout projet de grossesse, dans une tentative de se prémunir contre une nouvelle perte, en lien avec sa conviction d'avoir perdu sa capacité à enfanter à la suite de l'IVG. Cet évitement peut être compris comme un mécanisme défensif visant à maintenir une forme de maîtrise psychique et à mettre à distance des expériences potentiellement traumatiques (Maïdi, 2015).

Lors de la survenue d'une nouvelle grossesse, cette interprétation subjective a également entravé l'établissement d'un attachement prénatal satisfaisant. Madame Fatiha présentait une « blancheur fantasmatique » (Soubieux, 2008), caractérisée par un évitement des pensées et des discours relatifs au futur bébé. Ce phénomène rejoint le concept d'« *emotional cushioning* » décrit par Côté-Arsenault et Donato (2011), désignant un processus d'amortissement émotionnel visant à limiter l'engagement affectif en contexte de vulnérabilité. De même, Garel et Legrand (2016) ont montré que les femmes enceintes après une perte périnatale tendent à restreindre leurs projections concernant l'enfant, par crainte d'une issue défavorable. Wendland et Michel (2020) ont également mis en évidence l'association entre antécédents obstétricaux difficiles et altération des représentations du futur enfant.

Plusieurs auteurs ont ainsi mis en évidence la présence d'un attachement prénatal faible lors des grossesses succédant à une perte périnatale (Beauquier-Maccotta, 2022 ; De Wailly, 2015). Notre cas clinique illustre que cet attachement limité peut résulter d'un évitement défensif visant à protéger la femme d'une souffrance anticipée en cas de nouvelle perte. Cette anticipation s'inscrit dans la conviction d'une incapacité à mener une grossesse à terme, consécutive à l'IVG.

Il apparaît ainsi que ce mouvement d'évitement se déploie sur deux niveaux : un évitement initial de la grossesse, puis, lors de sa survenue, un évitement de l'investissement affectif et psychique du bébé à venir.

L'interprétation subjective selon laquelle elle a perdu sa capacité à mener une grossesse à terme suite à son recours à l'IVG a provoqué des conséquences néfastes, mais la femme va chercher à mobiliser des stratégies d'adaptation en vue d'une élaboration psychique. Dans ce contexte, nous avons constaté qu'au cours des entretiens, Madame Fatiha a progressivement mobilisé différentes stratégies pour dépasser sa croyance en une punition divine et restaurer sa confiance en ses capacités reproductives. Elle a d'abord eu recours à la rationalisation, attribuant ses pertes à un manque d'expérience ou à des négligences perçues. Elle a ensuite mobilisé la croyance au destin, considérant que ces événements étaient prédéterminés, indépendamment de son recours à l'IVG.

La référence au destin permet ainsi une réorganisation du sens, en atténuant la culpabilité et en déplaçant la causalité hors du sujet. Aouattah (2007) montre que, dans les contextes arabomusulmans, l'inscription des épreuves dans une logique de destinée contribue à les rendre psychologiquement supportables. Amad et Thomas (2011) soulignent également que cette référence permet de limiter la culpabilité individuelle. Plus récemment, Hussin et al. (2018) et Ismail et Dekel (2023) ont mis en évidence le rôle protecteur de ces croyances, tout en soulignant la difficulté particulière à y recourir lorsque la perte est associée à une transgression perçue. Plus largement, plusieurs auteurs ont insisté sur le rôle structurant des croyances culturelles dans les processus d'élaboration psychique (Barus-Michel, 2004 ; Yahyaoui & Lakhdar, 2014 ; Allahdadian & Irajpour, 2015). Le cas de Madame Fatiha illustre ainsi l'usage de la croyance au destin comme opérateur de transformation psychique, permettant de contrer l'interprétation punitive initiale.

Par ailleurs, la mère de Madame Fatiha lui a transmis une croyance selon laquelle les enfants décédés permettent à leur mère d'accéder au paradis. Cette élaboration symbolique a assuré une fonction de contenance psychique, en conférant une valeur positive à la perte et en atténuant la culpabilité ainsi que l'idée d'une sanction divine liée à l'IVG. Cela montre que même la famille peut mobiliser des croyances afin de soutenir la femme enceinte.

Ainsi, deux registres de croyances coexistent dans une tension dynamique : d'une part, une représentation persécutive de la perte comme punition divine, renforçant la culpabilité et entravant l'investissement du futur bébé ; d'autre part, une référence au destin, opérant comme un mécanisme de protection, offrant un cadre de sens permettant de contenir l'effraction traumatique et de restaurer progressivement la capacité d'investissement du futur enfant.

4. Conclusion

La situation clinique de Madame Fatiha montre qu'une perte périnatale survenue après une IVG a été perçue comme une punition divine, générant des doutes quant à sa capacité à mener une grossesse à terme. Ces doutes ont entraîné un désinvestissement du futur bébé lors d'une nouvelle grossesse, afin de se protéger d'une souffrance intense en cas de nouvelle perte. Par la suite, dans un travail d'élaboration psychique, elle a mobilisé la croyance au destin afin de transformer le sens initialement attribué à la perte et d'élaborer une nouvelle signification, située hors d'elle-même.

Ce cas souligne l'importance, dans la prise en charge thérapeutique, de s'intéresser aux attributions causales que la femme peut faire après des pertes périnatales successives à une IVG. Il met également en évidence le rôle central des croyances culturelles dans l'élaboration psychique. La valorisation des croyances protectrices, dans le cadre de l'accompagnement psychique, est essentielle pour soutenir la résilience et peut être mobilisée par la famille pour renforcer le soutien à la femme.

D'autres éléments sont également importants à considérer, notamment le soutien familial et social, qui peut jouer un rôle protecteur en apportant contenance, réassurance et sécurité émotionnelle à la femme enceinte confrontée à des pertes périnatales répétées.

REFERENCES

- [1] Allahdadian, M., & Irajpour, A. (2015). The role of religious beliefs in pregnancy loss. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 99.
- [2] Amad, A., & Thomas, P. (2011). Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(6).
- [3] Aouattah, A. (2007). De quelques résistances à la pratique psychanalytique dans la culture arabo-musulmane. *Cahiers de psychologie clinique*, 29(2), 161–191.
- [4] Banque mondiale. (n.d.). Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes).
- [5] Barus-Michel, J. (2004). *Souffrance, sens et croyance : L'effet thérapeutique*. Érès.

- [6] Bayle, B. (2017). Les grossesses après deuil. Dans B. Bayle, *Psychiatrie et psychopathologie périnatales : En 51 notions* (pp. 124–130). Dunod.
- [7] Beauquier-Maccotta, B., Shulz, J., De Wailly, D., Meriot, M.-E., Soubieux, M.-J., Ouss, L., & Ville, Y. (2022). Prenatal attachment, anxiety and grief during subsequent pregnancy after medical termination of pregnancy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 51(4), 102353.
- [8] Belhouss, F., Ait Boughima, H., Benyaich, H., Boufettal, N., & Samouh, N. (2011). Les aspects médico-légaux de l'avortement au Maroc. *La Revue de Médecine Légale*, 2(4), 170–173.
- [9] Côté-Arsenault, D., & Donato, K. L. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81–92.
- [10] Cowchock, F. S., Lasker, J. N., Toedter, L. J., Skumanich, S. A., & Koenig, H. G. (2010). Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. *Journal of Religion and Health*, 49(4), 485–497.
- [11] De Galembert, D. (2009). Destin de naissance... destin de mort : Quand naissance et mort se superposent. *Champ Psychosomatique*, 56(4), 41–51.
- [12] Delouvé, S. (2018). Attribution causale. Dans *Manuel visuel de psychologie sociale* (2^e éd., pp. 111–130). Dunod.
- [13] Ecochard, R., & Bayle, B. (2017). Enjeux psychologiques de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans B. Bayle, *Psychiatrie et psychopathologie périnatales : En 51 notions* (pp. 131–139). Dunod.
- [14] Garel, M., & Legrand, H. (2016). Grossesse après une perte périnatale : vécu psychique et accompagnement. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(10), 1453–1461.
- [15] Graton, A., & Ric, F. (2017). Comprendre le lien culpabilité-réparation : un rôle potentiel de l'attention. *L'Année psychologique*, 117(3), 379–404.

- [16] Hamraoui, M. (2011). Observance thérapeutique et défaut d'observance thérapeutique en contraception orale (Thèse de doctorat). Université Aix-Marseille 1.
- [17] Hussin, N., et al. (2018). The role of Islamic beliefs in coping with perinatal loss. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2301–2314.
- [18] Ismail, H., & Dekel, S. (2023). Religious coping and perinatal loss: A cross-cultural perspective. *Archives of Women's Mental Health*, 26(2), 345–357.
- [19] Maïdi, H. (2006). Traumatisme et séduction chez Rimbaud. *L'Information Psychiatrique*, 82(8), 689–693.
- [20] Maïdi, H. (2015). La révolte narcissique. *Adolescence*, 33(2), 277–288.
- [21] Mangard, C. (2002). Attributions causales et émotions. Dans A. Channouf & G. Rouan (dir.), *Émotions et cognitions* (pp. 167–193). De Boeck Supérieur.
- [22] Ngueutsa, R. (2012). Croyances et comportements de sécurité des usagers et agents du trafic routier (Thèse de doctorat). Université de Grenoble.
- [23] Omar, S., et al. (2024). Psychological impact of perinatal loss on maternal mental health: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 112.
- [24] Serret, S. (2002). La perte périnatale : la violence des réaménagements psychiques ultérieurs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50(6–7), 531–534.
- [25] Shulz, J., & Mériot, M.-E. (2014). Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale. *Le Carnet Psy*, 185(9), 31–35.
- [26] Soubieux, M.-J. (2008). *Le berceau vide : Deuil périnatal et travail du psychanalyste*. Érès.
- [27] Soubieux, M.-J. (2013). *Le berceau vide : Deuil périnatal et travail du psychanalyste*. Érès.
- [28] Wendland, J., & Michel, A. (2020). Grossesse après perte périnatale : enjeux psychiques et attachement prénatal. *Devenir*, 32(2), 115–130.

[29] Wortmann, J. H., & Park, C. L. (2008). Religion and spirituality in adjustment following bereavement: An integrative review. *Death Studies*, 32(8), 703–736.

[30] Yahyaoui, A., & Lakhdar, D.-B.-H. (2014). Croyances culturelles : facteurs de protection et d'affiliation familiales. *Le Divan Familial*, 32(1), 103–121.