HAL
open science

L'accompagnement émotionnel des interruptions médicales de grossesse

Mélanie Barranger

To cite this version:

Mélanie Barranger. L'accompagnement émotionnel des interruptions médicales de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01945103

HAL Id: dumas-01945103

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945103v1

Submitted on 5 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

L'ACCOMPAGNEMENT ÉMOTIONNEL DES INTERRUPTIONS MÉDICALES DE GROSSESSE

Présenté et publiquement soutenu

Le 7 septembre 2018

Par

BARRANGER Mélanie
Née le 31 Janvier 1988

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2017-2018

Membres du jury (par ordre alphabétique) :
- BALZING Marie-Pierre, Sage-femme enseignante
- NINA Cécile, Sage-femme enseignante (co-directrice du mémoire)
- JANVIER Elsa, sage-femme (directrice du mémoire), titulaire d'un DIU de psychopérinatalité

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

L'ACCOMPAGNEMENT ÉMOTIONNEL DES INTERRUPTIONS MÉDICALES DE GROSSESSE

BARRANGER Mélanie
Née le 31 Janvier 1988

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2017-2018

Validation 2ème session 2018 : **oui** ☐ **non** ☐

Mention : Félicitations du Jury ☐
Très bien ☐
Bien ☐
Assez bien ☐
Passable ☐

Visa et tampon de l'école

Ecole universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée EU3M

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu et encouragé dans l'élaboration de ce mémoire.

Mes co-directrices de mémoire : Elsa Janvier et Cécile Nina, merci pour votre aide, vos précieux conseils et votre disponibilité.

Julie De Troy, merci pour votre témoignage si intime et si précieux.

Frédérique Authier-Roux : merci de m'avoir reçue chez vous et d'avoir partagé votre expérience parisienne si intéressante. J'espère qu'un jour toutes les maternités offriront un accompagnement similaire à ce que vous aviez mis en place à Paris avec le Professeur René Frydman.

Ma maman : merci d'avoir été là toute cette année pour m'offrir du temps si précieux ! Promis, après ça, j'arrête les études...

Mon amoureux : merci d'avoir supporté mes moments de stress, de panique et tellement de choses encore...Merci d'être là chaque jour.
Ma petite Lola, mon bonheur et ma motivation de chaque jour.

Mes amies si chères : Mathilde et Corinne, quel bonheur de vous avoir dans ma vie ! Flore, Lauranne, Virginie, Emilie, même un peu plus loin, vous êtes toujours là.

Mes copines et amies sages-femmes, Elise, Anne-charlotte, Suzie, Oumnia, Angélique, Marie-laure, et toutes les autres : merci pour tout ! Ça y'est, on y est !!!!

Toute vie achevée est une vie accomplie. De même qu'une goutte d'eau contient déjà l'océan, les vies minuscules avec leurs débuts si brefs, leur infime zénith, leur fin rapide, n'ont pas moins de sens que les longs parcours. Il faut seulement se pencher un peu pour les voir et les agrandir pour les raconter. (Françoise Chandernagor)

Sommaire

Introduction 1

Matériel & Méthode 5

Résultats 8
- L'annonce 9
- Le diagnostic et la décision 10
- L'attente 12
- L'IMG 13
  - La préparation à l'IMG
  - L'accouchement
  - La présentation de l'enfant
  - Inscription à l'état civil, la chambre mortuaire, les obsèques
- Le post-natal 20
- Le travail du deuil 21
- Les difficultés de l'équipe médicale dans l'accompagnement des IMG 24

Discussion 27
- Les besoins des couples au cours des différentes étapes de l'IMG 28
- Notre rôle de sage-femme 29
- Les limites et les perspectives de l'étude 31
- « L'après » IMG 33
- Les pistes d'amélioration dans la prise en charge et l'accompagnement émotionnel des IMG 35

Conclusion 36

Bibliographie 41

Résumé – Summary 44

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, l'évolution de la médecine et des techniques de suivi ont permis de renforcer considérablement notre surveillance du fœtus et de la santé maternelle. Même si la grossesse devenue médicalisée, surveillée et technicisée aboutit le plus souvent à une naissance souhaitée à l'hôpital, c'est malgré tout, parfois la mort qui est au rendez-vous (Fils-Trèves, 2001).

La grossesse n'évolue donc pas toujours vers la naissance d'un enfant rose, bien portant, comme l'attendaient ses parents mais parfois vers celle d'un enfant malformé et/ou une Interruption Médicale de Grossesse (ou I.M.G.). Elle est réalisée tardivement dans 10 % à 30 % des cas, pour plusieurs raisons : l'impossibilité d'établir un pronostic clair au deuxième trimestre est la plus fréquente ; certaines anomalies ne sont découvertes qu'au troisième trimestre ; enfin, la décision a pu prendre du temps (Weber *et al.*, 2008).

La mise en place des interruptions médicales de grossesse (IMG), soulève de nombreuses questions d'ordre médical mais aussi éthique, philosophique et, pour certains, religieux. Les remises en questions sont nombreuses dans ces circonstances, c'est donc un accompagnement tant psychologique que médical, une écoute, une présence de toute l'équipe qui sont attendus des couples (Delahaye, 2001).

La notion de temps est fondamentale : il ne faut pas vouloir brûler les étapes. Chaque instant depuis l'annonce est important et mérite de s'y arrêter (Martineau, 2011).

En France, 7469 IMG ont été pratiquées en 2012, d'après l'Agence de Biomédecine. Ce chiffre est en perpétuelle augmentation en raison des progrès effectués dans le domaine du diagnostic prénatal. A Marseille, 1 à 2 IMG par semaine sont pratiquées au sein de l'hôpital Nord.

L'IMG est régit par l'article L2213-1 du code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 :

« L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

Hors contexte d'urgence, cet article mentionne qu'un délai de réflexion d'au moins une semaine doit être proposé à la patiente avant l'acte (Nguyen, 2012).

Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CDPDN) ont été créés par la loi du 29 Juillet 1994 et leur fonctionnement a permis dès 1999 de faire ajouter à la Loi sur l'IMG que l'un des deux signataires d'une IMG devait être membre d'un de ces centres. À ce jour 49 CPDPN sont référencés. Le CPDPN est chargé d'attester de la "particulière gravité" de l'affection fœtale et de son caractère "incurable au moment du diagnostic". Il joue un rôle d'aide, de soutien et de conseils éclairés et neutres dans la prise de décision du couple. En effet, il lui délivre une information claire, objective et

précise. Le but étant de permettre aux couples de prendre une décision libre et éclairée concernant le devenir de cette grossesse (Nguyen, 2012).

L'attitude adoptée par les CPDPN dans ces situations est d'essayer, autant que faire se peut, d'aider les parents à sortir de la période de sidération dans laquelle ils se trouvent. Pour cela, des entretiens avec les praticiens responsables de la prise en charge postnatale de ces affections sont organisés, ainsi qu'une prise en charge psychologique. Il s'agit d'une attitude minimale d'exercice de la responsabilité médicale, en effet cette décision s'avère malheureusement souvent très difficile à assumer et peut donner lieu à des situations de deuil très pathologiques (Jouk, 2007).

Le statut du fœtus in utéro n'est pas encore celui d'un « enfant », cela explique qu'il soit possible légalement d'induire un foeticide. Seule la barrière symbolique de la naissance change son statut et en fait un patient à part entière. La naissance reste l'instant de rupture par la vision réelle de l'enfant et l'acquisition de sa personnalité juridique. A ce stade, l'euthanasie n'est plus possible.

D 'autre part, la déclaration à l'état civil n'est pas obligatoire dans le cas des enfants nés sans vie. Elle dépend de la volonté des parents mais n'est possible qu'à partir de 15 semaines d'aménorhées (SA). Si les parents choisissent de déclarer l'enfant à l'état civil, ils ont également le choix de l'inscrire ou pas sur leur livret de famille. Ce dernier peut être établi par la mairie si le couple n'en possède pas encore. S'ils choisissent de ne pas déclarer l'enfant ils conservent le droit de pouvoir le déclarer à tout moment. Le certificat d'accouchement est alors conservé dans le dossier de la patiente et peut être demandé par cette dernière a posteriori, sans date butoir.

La grossesse est loin d'être toujours une période idyllique. Mêlée de sentiments ambivalents, de craintes, d'espoirs et de réparations, elle surprend les futurs parents dans leur insouciance en les entraînant dans un tumulte psychique où le passé rejaillit avec force, balayant sans ménagement leurs repères identitaires (Soubieux, 2013). Le dépistage anté-natal de malformations est une situation très particulière qui met en scène un enfant attendu, mais pas encore tout à fait un enfant, et des parents que l'on sollicite en tant que tels mais qui ne se sentent pas encore tout à fait des parents.

La perte d'un bébé, survenant sur ce terrain de crise individuelle, peut entraîner des remaniements psychiques importants souvent difficiles à élaborer et à intégrer. Elle induit « une crise dans la crise ». Il s'agit d'une crise d'impossibilité : la non acceptation de la vérité pourtant indiscutable de l'instant ; c'est de ce « non », ce refus douloureux, que naît les souffrances.

Les représentations de mort de bébés, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur de la maternité, ne sont pas encore acceptables ; la mort revait une image de destruction, de vide. Pourtant, là où s'inscrit la vie, la mort elle aussi trace son inscription. Il n'est plus question d'envisager une naissance synonyme de vie, mais une naissance synonyme de mort (Authier-Roux, 2007).

Lorsqu'une femme met au monde un enfant mort, elle accouche. Ce bébé mort est un vrai bébé d'humain. Comme tel, il a droit aux mêmes attentions et à la même reconnaissance. En accouchant, cette femme accède au statut de mère comme les autres et elle doit être considérée comme telle (Frydman & Fils-Trèves 1997).

Le deuil périnatal est un deuil singulier qui demande une réflexion et un abord particulier. Collision insupportable entre la vie et la mort, bousculant l'ordre des générations, survenant dans la fragilité de la grossesse en pleine inflation narcissique, s'incrustant dans la chair meurtrie de la mère, la mort périnatale contraint les couples, au delà de leur douleur insondable et incommunicable, à entreprendre un voyage psychique effrayant et totalement inédit. Ils attendaient la vie et la promesse d'un avenir foisonnant de projets. La mort les a immobilisés dans leur élan.

Contenir dans son psychisme deux mouvements si radicalement opposés relève d'un véritable exploit pour les couples. Comment continuer à penser lorsque la psyché est littéralement déchirée, écartelée et morcelée ? Peut-on encore se sentir vivant lorsque la chair est dévitalisée ? Chacun va devoir inventer quelque chose à partir de lui même pour redonner une forme « vivable » à la vie.

De nombreux outils vont permettre aux couples de reprendre leur vie en main, de recouvrer la vie, la réinventer, car la vie est toujours là. Il suffit de lui redonner sa place ; c'est le choix de la vie. Reconnaître le vécu de ces femmes et de ces hommes est fondamental. C'est le manque de reconnaissance et la crainte terrible de l'oubli qui font le lit de certaines évolutions pathologiques.

Les sages-femmes spécialistes de la physiologie ont leur place au sein des équipes pluri-disciplinaires de prise en charge anténatale. Etre la sage-femme du diagnostic anténatal n'est pas être sage-femme de la mort et elle ne doit pas être forcément celle qui sera présente lors de l'I.M.G. L'accompagnement à la mort peut être fait par différentes personnes avec des transmissions justes sur ce qui a été dit, fait, évoqué avec les parents lors des consultations anténatales et pendant l'hospitalisation.

En dehors de la méthode chirurgicale, la sage-femme est en première ligne pour assurer le bon déroulement du travail, le confort maternel et faire le lien avec l'obstétricien. Ce dernier n'intervenant qu'en cas de nécessité (Delahaye, 2001).

La problématique de cette étude est de comprendre les remaniements psychiques auxquels sont confrontés les femmes et les couples au cours des différentes étapes d'une IMG. Par la suite, cela permettra de répondre aux trois objectifs suivants :

- identifier les besoins des couples au cours de cette épreuve particulière qu'est l'IMG
- définir la place de la sage-femme au cours des différentes étapes de ce processus
- envisager des pistes d'amélioration dans l'accompagnement émotionnel et la prise en charge des IMG.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La méthodologie choisie pour cette étude est une revue de la littérature. Celle-ci consiste à effectuer un inventaire d'articles scientifiques et d'ouvrages littéraires avec plusieurs mots-clés qui sont les suivants : « accompagnement émotionnel », « interruptions médicales de grossesse », « deuil périnatal », et « sage-femme ».

Cette recherche a été effectuée au travers de moteurs de recherche tels que :

- Cairn. Info : https://www.cairn.info/
- Google scholar : https://scholar.google.fr/
- PubMed : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Persée :http://www.persee.fr/

En parallèle des articles scientifiques, une recherche a été effectuée au travers d'ouvrages littéraires. Chaque ouvrage a fait l'objet d'une sélection identique à celle des articles scientifiques, présentée ci-après.

Contrairement aux études bibliographiques habituelles, il n'a pas été possible d'utiliser une grille de sélection établie selon les normes de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) en raison de la subjectivité et du thème choisi pour ce travail.

Une grille de sélection a donc été élaborée afin de sélectionner ou d'exclure chacun des articles ou des ouvrages. L'objectif de cette grille est de selectionner les éléments pour composer une bibliographie pertinente et fiable sur une thématique qui relève du domaine de la psychologie et de l'ethno-sociologie.

Figure 1 : Grille de sélection des articles

	Critères	**OUI**	**NON**
Titre	En rapport avec le thème du mémoire		
Source	Fiabilité		
Auteur	Compétence dans le domaine étudié		
Contenu	En rapport avec le thème du mémoire		
Absence de « parti-pris »	Religieux, personnel, etc...		

- Le titre de l'article ou de l'ouvrage est en rapport avec le thème du mémoire : il doit contenir au moins un des mots-clés utilisés pour la recherche : « interruption médicale de grossesse », « deuil périnatal », « sage-femme », ou « accompagnement ».
- L'article doit être paru dans une revue scientifique ou psychologique reconnue et fiable.
- L'auteur de l'article ou de l'ouvrage doit avoir une compétence dans le domaine

de l'obstétrique (gynécologue-obstétricien, sage-femme, etc...) ou de la psychologie (psychologue, psychiatre, etc...).

- Le contenu de l'article ou de l'ouvrage doit être en rapport direct avec au moins un des thèmes du mémoire : « IMG », « deuil périnatal », ou « diagnostic prénatal ».
- Absence de « parti-pris » : les articles rédigés par des auteurs affichant une opinion particulière sur le sujet en raison de convictions personnelles, religieuses, etc, sont exclus.

Pour pouvoir inclure un article/ouvrage dans l'étude, chaque item de la grille de sélection devait être validé dans la colonne « OUI ». Un unique item répondant au critère « NON » exclue l'article de la bibliographie.

Les articles sélectionnés selon les critères de la grille de sélection ont ensuite été étudiés et synthétisés dans une fiche de lecture individuelle. La construction de la fiche de lecture type a été réalisée comme suit :

- Auteur de l'article ou de l'ouvrage
- Date
- Edition
- Référence
- Lien internet
- Synthèse des informations.

Cette méthodologie permet d'extraire les informations pertinentes de chacun des articles/ ouvrages et de pouvoir retrouver les références à tout moment de l'étude.

La sélection des articles a été arrêtée arbitrairement après avoir atteint une redondance nécessaire permettant de répondre aux objectifs de cette étude.

Au total, 17 articles et 10 ouvrages ont été retenus pour répondre à la problématique. Ils sont répertoriés dans la partie bibliographie.

Les limites de l'étude ont été définies dans un souci d'exhaustivité en ce qui concerne la réflexion autours de la problématique choisie.

RÉSULTATS

Les recherches bibliographiques ont permis d'identifier des moments « clés » dans le processus de l'IMG au cours desquels les remaniements psychiques sont particulièrement importants pour les couples : l'annonce, le diagnostic et la décision, l'attente, l'IMG et le post-natal. Ils sont présentés dans la partie suivante.

L'annonce

L'annonce d'une malformation fœtale a lieu lors d'une des trois échographies obstétricales dites de routine, le plus souvent (Delahaye, 2001).

La clinique de l'annonce d'une malformation fœtale ne peut se comprendre que si on admet comme ordinaire et légitime l'intense libido narcissique avec laquelle est investi le fœtus. Traumatisme et narcissisme sont indissociables l'un de l'autre. La découverte d'une malformation chez leur enfant constitue la plus puissante mise à l'épreuve, à tous les niveaux, de l'organisation psychique des parents (Authier-Roux, 2007).

Les parents se souviennent souvent avec une précision extrême de tous les détails qui ont entouré ce moment terrible : les lieux, la couleur des murs, les blouses du personnel, leurs regards, leur voix, le temps qu'il faisait, la robe que la mère portait... L'annonce, c'est d'abord un choc terrible. Elle entraîne un sentiment d'anéantissement de soi et une perte des capacités psychiques habituelles. Les parents n'arrivent plus à penser, à voir, à comprendre. Ils deviennent spectateurs de ce qui leur arrive. Tels des automates, ils font méthodiquement ce qu'on leur demande, anesthésiés. La pensée semble suspendue, le cerveau arrêté dans son fonctionnement. C'est un moment d'extrême violence, pour les parents mais aussi pour la personne qui annonce, même si elle a pu apprivoiser ses émotions par son professionnalisme (Soubieux, 2013).

La notion de temporalité au cours des IMG est très importante. L'annonce est toujours difficile à faire et difficile à entendre, même si le professionnel essaie de trouver les mots qui soient les moins traumatisants possibles. Ça brise le rêve de la maman. Ce qui est fondamental, c'est que les parents puissent puiser dans leurs ressources internes. Toutes les personnes ont des ressources, mais dans ces situations elles n'y ont plus accès, elles ne peuvent plus penser, ce sont des situations impensables ; c'est tellement dur qu'elles auraient envie que tout s'arrête très vite et qu'on n'en parle plus. Ce temps de l'annonce va permettre que la pensée ne soit pas complètement figée, que les parents puissent se réapproprier leur rôle, savoir ce qu'ils veulent pour leur enfant, comment lui dire au revoir (De Clermont et Rey, 2015).

L'événement traumatique, par la puissance émotionnelle qu'il suscite, réactive à tous les niveaux la conflictualité psychique : agressivité, déception, honte, rejet ou sidération, désinvestissement de l'enfant ou de la grossesse en cours, marquent le plus souvent l'après-coup immédiat de l'annonce d'une malformation. Ces manifestations, qui constituent ce que l'on peut appeler l' « effet annonce», sont communes à tous. Elles constituent un véritable passage obligé et suscitent plusieurs interrogations : comment faire la part entre les manifestations ordinaires et les manifestations pathogènes qui

conduisent dans l'après-coup à la constitution d'un traumatisme psychique ? Comment permettre aux parents de faire face au vécu traumatique de l'annonce et en réduire les conséquences immédiates ?

Les théories psychanalytiques du traumatisme psychique prennent en compte deux dimensions : d'une part, la réalité de l'événement traumatique et, d'autre part, la vulnérabilité individuelle qui induit les réponses défensives face à l'ébranlement psychique. Ces deux dimensions se déploient ici sur la toile de fond particulière des processus de parentalité. On peut considérer que la spécificité du traumatisme, en cas de malformation congénitale, résulte de la conjonction de trois facteurs : l'écart entre l'enfant de la réalité et l'enfant imaginaire, la responsabilité que la mère s'attribue dans la « fabrication » de son enfant et la nature particulière des liens qui s'installent entre les parents et leur enfant au cours de la grossesse et dans les premiers mois de vie. Le narcissisme est au cœur de chacun de ces éléments (Rajon *et al,* 2006).

Dans ce temps de traumatisme, la fonction de contenance du professionnel va jouer un rôle fondamental ; en référence au concept de relation contenant-contenu de Bion, le thérapeute va se plonger dans l'irréalité perçue de la patiente, pour recevoir les éléments, non élaborés et les transformer en éléments. Ce cadre contenant va permettre l'expression des affects, la régression et l'élaboration du traumatisme. Il s'agit alors de construire du sur-mesure, conjuguant entre réalité institutionnelle et réalité perçue par la patiente, entre temporalité médicale et temporalité psychique (De Galembert, 2009).

Cette première phase de l'annonce est donc marquée par un véritable choc ressenti par le couple. Temporalité, explication, écoute sont fondamentales pour accompagner et soutenir ces parents au cours de cette première étape. De la qualité d'écoute du personnel médical et en fonction de la compréhension des parents découleront l'initiation de l'acceptation de la situation par le couple.

Le diagnostic et la décision

Dans le cas où une malformation est détectée au cours d'une échographie, un deuxième avis est demandé dans un centre de médecine fœtale pluridisciplinaire afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. C'est une consultation d'urgence compte tenu de l'angoisse induite par la première échographie. L'accueil des couples dans ce contexte est primordial ainsi que la présentation des différents membres de l'équipe (Authier-Roux, 2007).

Le couple est reçu après l'échographie : entretien essentiel pour préciser ce qui vient d'être vu, dit et entendu par les patientes et leurs conjoints.

La confirmation de la gravité de la malformation fœtale induit des réactions de déni, de sidération, d'agressivité parfois contre l'équipe. Au moment du diagnostic, l'équipe médicale à un vrai rôle à jouer en freinant le couple qui peut souhaiter que l'IMG soit pratiquée le plus rapidement possible. Les formations sur l'accompagnement

du deuil périnatal ont permis de comprendre qu'il s'agissait là de réaction de défense (De Clermont & Rey, 2015).

Le dialogue qui suit l'annonce de la pathologie est difficile au départ, un temps d'acceptation permet de le rétablir secondairement. Il est important de le respecter pour que s'établisse un climat de confiance et d'écoute pour les couples.

Lorsque la pathologie est confirmée, deux évolutions sont possibles pour la grossesse : sa poursuite avec prise en charge néonatale ou son interruption. Ensuite d'autres examens peuvent être proposés en fonction du diagnostic évoqué (amniocentèse, ponction de sang fœtal...). Des rencontres et des consultations avec les pédiatres spécialistes de la pathologie diagnostiquée sont organisées afin de donner tous les éléments de décision aux parents (Delahaye, 2001).

C'est bien à ce moment-là, où choc, douleur, confusion, indicible, incompréhensible, impensable se succèdent, s'entrechoquent, que doit commencer l'accompagnement du deuil prénatal. Les premières paroles prononcées, les gestes, les attitudes, les attentions chaleureuses, les regards glacés, les fuites derrière un langage médical sophistiqué, la main sur l'épaule, tout cela restera gravé pour toujours (Soubieux, 2013).

Cette seconde étape que constitue le diagnostic reste une phase de choc pour le couple, où des réactions virulentes peuvent être rencontrées. Là encore, l'explication claire de la pathologie est fondamentale. Les parents ont besoin de réponses concernant l'origine de la pathologie, son évolution et tous les éléments qui vont leur permettre dans un second temps de pouvoir prendre leur décision d'interruption de grossesse ou non. Cette phase nécessite une disponibilité importante de la part des soignants afin que les parents disposent de tous les éléments nécessaires pour être en mesure de prendre leur décision en tout état de causes et ne rien regretter par la suite.

Au cours de cette étape, l'intervention d'un psychologue peut être particulièrement intéressante et bénéfique. De même, des associations de parents comme par exemple l'Association Petite Emilie, peuvent être d'un grand soutien. Pouvoir discuter avec d'autres parents qui ont vécu des situations similaires, avec des pathologies communes peuvent aider le couple dans leur prise de décision.

Cette phase est particulièrement charnière pour les parents qui ont besoin d'avoir toutes les réponses à leurs questions pour être capable de décider de l'évolution de la grossesse.

La culpabilité :

Lors des interruptions médicales de grossesse, il y a non seulement une culpabilité des parents par rapport à l'affection découverte, mais aussi une culpabilité devant l'interruption elle-même (Engelmann, 2002).

Ces situations semblent condenser les caractéristiques d'une séparation

impossible, impensable fracture, dans un processus psychique de maturation de maternalité, de l'autre en soi, porteur de l'espoir d'un nouveau soi (Girardon-Petitcolin, 2001).

Certains de nos choix paraissent sans importance, futiles mais le choix d'une IMG bouleverse l'histoire, il est un des maillons de l'avenir.

La décision ne se prend donc pas d'emblée. Si l'on s'oriente vers une I.M.G. : les parents ne décident pas seuls mais en collaboration avec l'équipe de médecine fœtale. Ceci dans le but de limiter la culpabilité et la solitude dans la gravité et la violence de cette décision. Une aide psychologique est proposée systématiquement, elle améliore le vécu, toujours difficile d'une telle décision (Delahaye, 2001).

Ces couples prennent une décision dans la hantise de se tromper, de commettre un acte irréparable dont ils craignent de rester coupables et punis toute leur vie, attaqués qu'ils pourraient être dans leur fécondité. Ils se désignent comme responsable de l'issue de l'histoire et décident d'en porter toute la responsabilité et donc la culpabilité. Le corps médical les accompagne au mieux dans cette décision, considérée comme la moins pire pour eux, mais il s'agit d'une décision qu'ils auraient voulu ne jamais avoir à prendre (Girardon-Petitcolin, 2001).

Le choix final semble en apparence leur incomber mais se trouve en réalité à la croisée d'une multitude de paramètres très influençant qu'ils ne maîtrisent pas.

Devoir prendre la décision d'une IMG est en soi douloureux, il est important de repérer qu'elle se présente, dans ce moment-là, comme une monstruosité psychique. Vivre l'enfer du moment pour que la vie, celle des parents et de l'enfant, ne soit pas un enfer, tel est le paradoxe auquel les parents sont confrontés (Girardon-Petitcolin, 2001).

Par la suite, un accompagnement plus précis des couples est mis en place. La première question posée est : "Comment ça va se passer ? " C'est le début de l'explication de la prise en charge, de l'expertise, des démarches administratives (Delahaye, 2001).

Ces couples sont dans un immense désarroi, une cruelle angoisse et une profonde aliénation. La culpabilité est là, envahissante, d'avoir conçu un enfant imparfait, d'avoir décidé de lui donner la mort. Ils sont souvent prêts à tout accepter car tout est inconnu pour eux, et surtout, ce n'est pas à cette réalité qu'ils s'étaient préparés (Authier-Roux, 2007).

L'attente

Ce temps de l'attente angoissante et douloureuse est souvent insupportable pour les parents. Ils voudraient se débarrasser au plus vite de cette proximité avec la mort. Pourtant, ce temps sera nécessaire pour retrouver leurs capacités à penser et à vivre les derniers moments avec leur enfant. C'est seulement entourés et accompagnés qu'ils pourront réfléchir à la façon de se séparer de lui. Les femmes pourront conserver leurs dernières sensations corporelles qui les aideront dans l'élaboration psychique du deuil de leur enfant. Les suggestions, les propositions faites par l'équipe médicale leur offrent un

support de pensée qui va les aider à retrouver leurs ressources psychiques sans les déposséder de leur rôle de parents. Elles restent la mère de cet être fragile. Soutenus, les couples peuvent déployer une créativité psychique insoupçonnée dans ces circonstances traumatiques.

C'est à ce moment qu'une sage-femme rencontre les couples et leur explique le déroulement de l'hospitalisation et de l'interruption de grossesse. Elle aborde également la mort du fœtus : la possibilité de voir le corps, d'avoir des photos, de laisser des objets, mais aussi les rites religieux, le devenir du corps, l'autopsie, la déclaration possible ou non à l'état civil avec inscription ou non sur le livret de famille, le droit ou non à un congé maternité ou à des prestations.

Ces entretiens sont difficiles à mener car ils mobilisent beaucoup d'affects, de tristesse, de révolte, d'amour et de haine ; parfois, au contraire, c'est l'indifférence ou la sidération. Ils requièrent une grande qualité d'écoute et une mise à distance « suffisamment bonne » des émotions (Soubieux, 2013).

Là encore, le soignant a un rôle fondamental dans l'accompagnement de cette étape. Comprendre que la réaction primaire de vouloir raccourcir ce temps est une réaction normale de défense est très important. Cette phase doit permettre au couple de bien réfléchir sur les attentes concernant l'IMG elle-même. Cet accouchement restera la naissance de leur enfant. Vivre pleinement cette naissance est essentiel pour ne rien regretter ensuite et amorcer leur travail de deuil.

L'IMG

La préparation à l'IMG

Pour une I.M.G., accoucher est très souvent refusé par la patiente dans un premier temps avec une demande “d’enlever l’enfant”, un sentiment d’urgence et surtout la peur pour la femme d’être active lors de l’interruption. Il va donc falloir lui faire accepter l’idée du travail, de l’accouchement, de la naissance d’un enfant, le sien. L’explication de son déroulement est importante pour rassurer le couple, notamment en ce qui concerne l’aspect douloureux de l’accouchement et l’utilisation de l’analgésie péridurale de manière précoce.

La sage-femme en étant présente lors de ces consultations permet de replacer une image d’enfant dans l’histoire de la grossesse : ceci par l’emploi de mots simples, en parlant de bébé, d’enfant, et non pas d’embryon, de fœtus ou d’une pathologie. C’est d’une naissance, et d’un accouchement dont il s’agit et non d’une expulsion. La sage-femme, d’une manière symbolique, permet d’humaniser la situation, de la “démédicaliser”, même si d’emblée cela fait peur aux parents.

Accompagner un couple vers la naissance d'un enfant mort ne pourra se faire dans de bonnes conditions que si toute l'équipe d'une maternité est prête à accepter cette démarche, d'abord pour elle, puis pour les patientes et leurs conjoints.

Tous les protocoles médicaux ne remplaceront pas les relations humaines et chaleureuses qui, elles, permettent la Naissance. Mot magique qui malgré tout reste un mot de vie et d'avenir (Delahaye, 2001).

Ainsi dans cette situation, et afin encore une fois d'offrir davantage la possibilité d'entrer dans un processus de reconnaissance de l'enfant et des parents en tant que tels, la continuité natale est-elle tout à fait essentielle à préserver. Il est toujours possible d'en maintenir une certaine unité pour peu que les parents et l'équipe médicale s'accordent sur la manière de faire. Toutes ces équipes hospitalières qui parce qu'elles ont été formées et sont soutenues effectuent un extraordinaire travail d'accompagnement des familles dans les maternités, savent aujourd'hui avec infiniment de tact, de délicatesse et de respect quant à leurs choix personnels, comment informer les parents sur la vérité et les enjeux de leur situation et comment leur demander par anticipation la manière dont ils souhaitent vivre leur accouchement tout en leur proposant quelques pratiques dont on sait à présent, avec le recul et le témoignage d'autres parents, qu'elles sont de nature à faciliter ultérieurement la résolution de leur travail de deuil. Il s'agira par exemple de leur suggérer de prénommer leur enfant, de recueillir leurs souhaits quant au vécu de leur accouchement et également sur le mode de rencontre avec leur enfant malgré les ambivalences très fortes ressenties par certains parents, sur leur désir de le tenir, de le porter, de le garder avec eux un moment, ce qui est maintenant très fréquent ; alors la toilette du bébé sera faite, il sera habillé avec des vêtements que les parents auront eux-mêmes apportés, des photographies pourront être prises, de lui seul, de lui avec sa famille ; un instant d'intimité leur sera offert, tout le temps nécessaire pour le toucher, le bercer, le regarder, apprivoiser à leur rythme la réalité de cette mort au cœur de l'irreprésentable. Ils pourront par la suite lui rendre visite à la chambre mortuaire et récupérer son corps, lorsque cela est légalement possible, et d'organiser le rituel d'adieu et les funérailles qui leur conviennent (Haussaire-niquet, 2009).

Tout le travail d'acceptation et d'intégration de la situation réalisé au cours de cette phase d'attente permettra d'amorcer le travail de deuil et pourrait limiter certaines situations dystociques en salle d'accouchement.

Ensuite se pose la question de l'état civil avec ses conséquences. C'est un travail d'information qui est fait en collaboration avec le psychologue, ainsi que l'organisation des funérailles, l'intérêt d'une autopsie, d'une étude génétique. Ceci nécessite d'avoir les autorisations parentales sur le plan administratif.

Tout ceci est exposé, discuté avec les parents au fur et à mesure des consultations et des entretiens afin de permettre aux parents d'oser poser leurs questions (Delahaye, 2001).

L'accouchement

Les I.M.G. après 18 semaines d'aménorrhées (+/- 1 ou 2 semaines, si anapathologie) se font en salle de naissance et sont donc prises en charge par la sage-femme de garde.

La mort fœtale résulte de l'expulsion provoquée d'un fœtus non viable, ou d'un geste foeticide, lorsque la grossesse a dépassé 24 semaines. Celui-ci est effectué par un médecin, en salle d'échographie, par injection intracardiaque directe ou dans le cordon ombilical, de chlorure de potassium (KCl) qui provoque l'arrêt cardiaque du fœtus préalablement anesthésié. L'expulsion est provoquée par la combinaison de deux produits, administrés en deux temps : la mifépristone (ou « RU ») est une substance antiprogestérone (hormone nécessaire au maintien de l'utérus dans un état quiescent pendant la grossesse) et le misoprostol (prostaglandines) donné en sublingual et qui induit les contractions utérines annonçant l'expulsion qui a lieu en salle d'accouchement (Weber *et al.*, 2008).

La réalisation de l'IMG en elle-même est redoutée puisqu'il s'agit d'accoucher « normalement » ; or l'accouchement, lié à l'acte de donner la vie, semble incompatible avec celui de donner la mort. Même si l'issue de cette grossesse conduit à l'insupportable confrontation, dans le même temps et le même lieu, de la naissance et de la mort, le temps pris à la réflexion contribue à ce que cet accouchement particulier s'inscrive dans une continuité, aboutissant à la séparation d'avec ce fœtus.

L'équipe soignante, de part sa fonction de contenance, va contribuer à porter cet événement ; et particulièrement la sage-femme, dont le rôle est d'accompagner le processus de maternalité, quelle qu'en soit son issue. Ainsi, bien qu'accouchant d'un enfant mort, la femme peut se sentir reconnue dans sa maternité (De Galembert, 2009).

Il est tout à fait primordial pour les parents de pouvoir pleinement s'approprier la naissance de leur enfant afin de pouvoir également le laisser mourir et s'en séparer comme de tout objet d'amour perdu (Haussaire-niquet, 2009).

En règle générale, une sage-femme en salle d'accouchement dans une maternité ne connaît pas les mères qu'elle va accompagner pour la naissance de leur enfant. Et pourtant, cet accompagnement peut être de très grande qualité malgré sa courte durée (Martineau, 2011).

Les conditions optimales à cette naissance doivent être réunies. Les transmissions sur ce qui a été fait et dit avant l'arrivée en salle de naissance sont essentielles. Il paraît indispensable qu'un des membres de l'équipe de médecine fœtale soit là pour accueillir le couple au moment de ce passage : visage référent, connu et rassurant. Les parents savent ainsi que toute leur histoire a été transmise, ils n'auront pas besoin de la répéter, de la raconter de nouveau (Delahaye, 2001).

En salle de naissance, les parents ont besoin de temps, qui n'est pas celui des médecins, mais du temps psychique qui leur permettra d'élaborer et d'assister, dans le même instant, à la naissance et à la mort de leur enfant. Ils devront intégrer au niveau de leur psychisme cette double pensée. D'où la nécessité de travailler activement dans le respect et la considération de leur position parentale. Il est nécessaire de travailler en étant à l'écoute et en permettant la libération de la parole et de la pensée. La seule règle incontournable consiste à se rendre disponible, attentif, humain, tout simplement.

Chaque cas, chaque dossier est une histoire particulière avec sa spécificité propre, constituée d'une vie, d'événements passés, qu'il faut entendre, écouter, avec lesquels nous devons travailler sans aucune négligence ni ignorance de notre part. Chaque nouvelle rencontre doit contraindre l'équipe à s'adapter et à faire preuve d'une très grande souplesse ; elle ne doit surtout pas s'enfermer, se protéger derrière sa grille pré-établie (Authier-Roux, 2007).

La pose d'une anesthésie péridurale sera proposée de manière précoce afin de minimiser la douleur des contractions. Cette analgésie doit rester un choix pour la patiente et le couple. Certaines femmes désirent ressentir toutes les sensations, d'autres ne souhaitent pas ajouter de sensation physique à leur douleur psychique. Chaque femme doit rester libre de décider de sa façon d'accoucher. Cette décision joue probablement un rôle dans le processus de deuil.

La mère reste en surveillance deux heures en salle d'accouchement, avant d'être ramenée dans sa chambre, comme toute femme qui accouche.

La sage-femme réalise deux photographies de l'enfant, qui sont archivées dans le dossier de l'IMG. Cela permet aux parents, s'ils le désirent, d'avoir un souvenir supplémentaire de leur enfant. De même, des empreintes de ses mains et de ses pieds peuvent être faites.

La présentation de l'enfant

Le voir ou non est discuté lors des différents entretiens menés en anténatal, ainsi que l'éventuel prénom pensé pour cet enfant.

La présentation possible du fœtus est un moment important pour les couples. Ils ne vont cesser de s'interroger jusqu'au moment de l'accouchement, même après. Ils vont solliciter l'équipe et parfois aussi leur entourage. Certains parents, terrorisés à l'idée de voir leur enfant mort ou de découvrir un monstre, refusent de connaître le fœtus. Il est indispensable de leur laisser du temps, de les laisser cheminer et changer d'avis également. L'accompagnement de la sage-femme est essentiel dans ces situations où, une nouvelle fois, le tempo et la singularité de chacun doivent être pris en compte. Elle peut proposer de leur décrire leur enfant s'ils ne souhaitent pas le voir et les informer de

la prise d'une photographie qui pourra leur être montrée ou donnée ultérieurement (Soubieux, 2013).

Les parents ne sont donc pas confrontés au corps de l'enfant immédiatement après l'expulsion. Dans un premier temps, il est emmené par la sage-femme, dans un lieu dédié à sa prise en charge. Elle réalise alors une pesée, une toilette du corps et cherche à le présenter le mieux possible à l'aide de langes, d'un bonnet ou de tout autre linge apporté par les parents. Un bracelet d'identification où figurent le sexe, l'heure de naissance et les éventuels prénoms sont attribués à l'enfant.

Puis lorsque les parents le souhaitent, la sage-femme leur présente le corps. Une description préalable de son aspect est recommandée, afin de préparer le couple à cette première rencontre.

Comme le prévoit la loi, le corps de l'enfant reste au moins 2 heures dans le service de salle d'accouchement. Cela laisse la possibilité au couple de voir leur enfant, qu'ils en aient formulé la demande au préalable ou non (Nguyen, 2012).

Un refus même catégorique en anténatal ne signifie pas qu'il n'y a pas d'évolution possible dans le choix des parents. Il faut le respecter, laisser une ouverture pour un éventuel changement d'avis. Celui-ci doit être possible à tout moment : avant l'arrivée en salle de naissance, en cours de travail et même après l'accouchement.

L'expérience prouve que la rencontre des parents avec leur enfant améliore le vécu de l'I.M.G. et son deuil. Le plus souvent, ils imaginaient et ils croyaient avoir fait un " monstre "... Et finalement la première phrase qu'ils prononcent en le voyant est : "*Qu'est-ce qu'il (ou elle) est mignon (ne)! ...*" La malformation n'est plus vue de la même manière. Elle est humanisée, matérialisée et objectivée par la rencontre avec leur enfant, alors la réalité remplace l'imaginaire (Delahaye, 2001).

Inscription à l'état civil, la chambre mortuaire et les obsèques

Pour ce qui est de la déclaration à l'état civil, depuis les décrets du 20 août 2008, l'officier d'état civil peut produire, sans limite de poids ni de terme, un « acte d'enfant sans vie », sur production d'un certificat d'accouchement. Ce dernier est établit par la sage-femme ayant pratiqué l'accouchement.

L'enfant sans vie se distingue de l'enfant né vivant et viable, puis décédé avant son inscription à l'état civil, et pour lequel l'officier d'état civil dresse en même temps que un acte de naissance et un acte de décès (Legras, 2008).

La circulaire du 19 juin 2009 stipule que la délivrance du certificat d'accouchement implique « le recueil d'un corps formé et sexué ». Il peut donc être établit dès 15SA.

Cet « acte d'enfant sans vie », énoncé par l'article 79-1 du Code civil, notifie « les jours, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieu de naissance, professions et domiciles des père et mère [...] ». Il permet aux parents de

donner un prénom à leur enfant mais pas de nom de famille. Donc aucun lien de filiation n'est reconnu entre les parents et l'enfant. Ils peuvent obtenir un livret de famille, même pour un premier enfant né hors cadre du mariage, et le voir figurer "à titre de simple mention administrative". Il permet également d'inscrire le prénom de l'enfant sur le registre d'état civil et d'organiser ses obsèques.

L'acte d'enfant sans vie est établi à la demande des parents et leur confère des droits comme les congés maternité et paternité. A partir de 22SA, les parents peuvent bénéficier de la totalité de ces congés. Avant ce terme, un arrêt de travail sera proposé par le médecin (Nguyen, 2012).

Cette étape peut être importante pour intégrer cet enfant dans l'histoire du couple et notamment dans la filiation.

Lorsque la surveillance du post-partum immédiat de la patiente est terminée, elle est hospitalisée dans le service de grossesses à haut risque ou en service de gynécologie, dans la mesure du possible, afin d'éviter qu'elle ne soit confrontée à des nouveau-nés bien portants. Le corps de l'enfant quitte alors le service de salle d'accouchement. Il est acheminé vers la chambre mortuaire, où il va reposer. Il est accompagné de ses deux bracelets d'identification, des formulaires administratifs concernant une éventuelle autopsie et/ou radiographies, de l'autorisation ou non de pratiquer des examens anatomopathologiques et de la fiche de liaison avec la chambre mortuaire.

Si les parents le souhaitent, un objet personnel comme une peluche, un vêtement, une lettre ou un bijou peuvent également accompagner le corps.

La chambre mortuaire est un lieu de recueillement pour les familles. Les parents, ainsi que leurs proches, peuvent donc y être accueillis, en fonction de leurs souhaits.

Dans le cas où un examen foetopathologique est demandé, une restauration tégumentaire est réalisée à la fin de l'examen. Le rôle des agents de la chambre mortuaire est alors de s'assurer que l'enfant reste « visible » pour son entourage.

Les représentants religieux des différents cultes peuvent être sollicités par les parents qui souhaitent une cérémonie avant que le corps ne quitte la chambre mortuaire (Nguyen, 2012).

Le certificat d'accouchement permet aux parents, s'ils le souhaitent d'organiser la prise en charge du corps. Les obsèques de l'enfant sont alors à leur charge. Dans ce cas, ils disposent d'un délai de 10 jours après l'accouchement pour réclamer le corps, qui leur est alors restitué sans délai. (art. R. 1112-75, Code de santé publique).

En cas d'autopsie, le délai de remise du corps (ou « délai de carence ») peut être de quatre semaines maximum (art. R. 1112-76, Code de santé publique).

L'examen foetopathologique (autopsie) est un bilan complet et direct du fœtus et du placenta à la recherche d'un diagnostic. Il aidera à définir le risque éventuel de récidive et la meilleure prise en charge des futures grossesses. Il ne sera fait qu'avec l'accord des parents. Il est réalisé avec respect permettant que le corps de l'enfant soit toujours visible après l'examen.

Si au contraire les parents n'expriment pas le souhait d'organiser des obsèques, le corps est pris en charge par l'établissement de santé. Une crémation est alors organisée dans le respect du corps de l'enfant : "Les corps des enfants morts avant de naître ne sont plus des déchets hospitaliers" (Décret du 6 novembre 1997).

Dans l'éventualité où ils souhaiteraient se raviser, un délai de 10 jours est laissé aux parents. Puis l'établissement a 48h pour mettre en place les mesures nécessaires à la crémation. Le corps est acheminé au crématorium dans les trois semaines suivant son arrivée à la chambre mortuaire. S'ils le souhaitent, il est possible pour les parents d'être avertis du jour de son départ.

Il est important d'informer les parents de l'absence de cendres à l'issue de la crémation. Un médaillon peut néanmoins leur être remis, comme une trace de l'existence de leur enfant.

Si par convictions religieuses, les parents souhaitent une inhumation sans en avoir les possibilités financières, une assistante sociale peut les aider à constituer un dossier afin de rendre cela possible (Nguyen, 2012).

La réalisation des obsèques peut être une étape importante pour le couple dans leur processus de deuil. Ici interviennent les croyances religieuses notamment mais également les sensibilités individuelles. Il est important de respecter chaque couple dans leur choix et de les accompagner dans cette étape également.

Les rites, avec leur enracinement social et spirituel, sont essentiels. Ils ont entre autres pour fonction de rassembler autour de la souffrance qu'ils légitiment et de positionner les rôles de chacun, mort et vivants dans le but d'apaiser la vie psychique du sujet endeuillé.

Pouvoir donner au fœtus une sépulture si la famille le souhaite, c'est lui offrir la dignité de pouvoir mourir en rendant hommage à son trop bref passage dans notre humanité. C'est aussi matérialiser la réalité de la perte et participer à donner une existence à ces enfants étrangement « non nés ». Faute de quoi au fil du temps, même si la douleur devient moins lancinante, s'installe chez les parents comme une sensation omniprésente d'inachevé qui laisse pour toujours l'histoire en suspens. La séparation d'avec lui qui est mort peut alors rester durablement culpabilisante, effrayante, insurmontable. Le souvenir a du mal à s'installer à sa place normale pour soulager le vide et l'absence. Le deuil est difficile (Haussaire-Niquet, 2009).

Le post natal

Les couples dont le bébé est mort évoquent tous l'absence, le vide, les projets annulés, et ils conjugent le verbe manquer à tous les temps de leur souffrance. Ils ont été séparés de leur objet d'amour et violentés dans leur désir d'être mère et père. La douleur de l'absence est très vive, rendue plus vive encore par l'image fugace de leur bébé qu'ils n'ont connu que mort. Ces femmes sont envahies par la faute, la culpabilité, la responsabilité. Elles sont dans une quête de sens inlassable : elles ont envie de crier cette injustice, de hurler la mort de leur bébé qui demeurera pour elles une perte irréparable, une blessure narcissique radicale, elles se sentent agressées à la vue d'une femme enceinte. Parler de leur enfant permet une mise à distance de leur souffrance, mais aussi de se déprendre du lien archaïque fusionnel mère-enfant. Seule la douleur est là pour leur rappeler ce lien fondamental irrémédiablement amputé. Il faut prendre en compte la complexité extrême de ce qui se joue sur le plan de la parentalité dans cet événement : la perte de cet être humain potentiel qui aurait dû leur succéder. Et là, tout est inversé, il leur faut à nouveau chercher des points de repères et trouver un nouveau sens à la vie qui devra se poursuivre (Authier-Roux, 2007).

A distance de l'IMG, une ou plusieurs consultations dans un délai habituel de deux à six mois sont indispensables : elles permettent de clore l'histoire médicale et constitue de ce fait une étape importante du deuil. Dans cette fin, se trouve le début d'un commencement.

Les parents apprécient généralement un entretien avec le pédiatre, complémentaire de celui avec l'obstétricien. Il est l'occasion d'apporter de façon définitive toutes les explications sur la pathologie, le risque ou non de récurrence et d'ouvrir ainsi la discussion sur l'avenir.

Il permet de les déculpabiliser en insistant sur les causes du décès lorsqu'elles sont connues et, dans tous les cas, sur l'absence de faute commise par la mère, qui se pose toujours la question même si elle n'ose pas en parler. En cas d'interruption médicale de grossesse, l'entretien est le moment de justifier définitivement la décision, prise dans l'intérêt de l'enfant autant que de sa famille, et permet de répéter le partage des responsabilités par l'ensemble de l'équipe médicale, notamment les pédiatres. Au cours de cet entretien est souvent évoqué à nouveau l'enfant, défini par son prénom, son sexe, ses caractéristiques propres, et rappelée l'existence d'une photographie disponible. Les parents parlent de ce qu'ils ont vécu et ressenti à la maternité et lors du retour à la maison, des réactions de la fratrie, du comportement de la famille, même si cette évocation ravive transitoirement leur souffrance. Ils font parfois part de regrets voire de reproches dont l'expression les soulage.

A distance de l'épisode aigu que constitue l'accouchement, ils sont plus sereins et donc plus réceptifs. C'est le bon moment pour les orienter vers d'autres intervenants : le généticien pour une enquête familiale et un conseil génétique éventuels, le psychologue en cas de difficulté particulière perçue chez l'un d'entre eux ou dans la fratrie (Frydman et Fils-Trèves, 1997).

Un rendez-vous avec le médecin responsable du centre de médecine fœtale est

pris avant le départ de la maternité afin de transmettre ces résultats. Suite à cet entretien, un conseil génétique peut être proposé ainsi qu'un pronostic et un suivi adapté à une future grossesse si les parents en font le projet. Par ailleurs, lors de cette consultation, un soutien psychologique peut être proposé à nouveau aux patientes et à leurs conjoints.

L'existence de cet enfant n'est pas à remettre en question dans la tête de ses parents. Un accompagnement adapté à cette naissance s'impose et donc concerne toute l'équipe de la maternité. Sans naissance, il n'y a rien, rendre sa place à la naissance dans le cadre d'une I.M.G., c'est permettre aux parents d'identifier leur enfant, de pouvoir conclure une histoire, la leur (Delahaye, 2001).

L'attention que la société est capable d'offrir à ces femmes semble bien insuffisante eu égard au nombre de pertes et d'interventions pratiquées chaque année.

C'est l'écroulement d'un rêve qui s'ajoute à la douleur de la disparition et pour laquelle l'expression du chagrin est souvent impossible face à un entourage qui ignore trop souvent l'existence de la perte, face à des proches qui, pensant bien faire, tentent de minimiser l'événement ou de dire des paroles rassurantes qui, au contraire de soulager, éloignent encore plus la femme de son entourage (Fils-Trèves, 2001).

Le travail du deuil

Il est difficile de dire exactement quand commence le deuil périnatal vécu par des parents et quand il se termine. Dans certains cas, c'est une phrase prononcée par l'échographiste, dans d'autres ce sera le fait de voir l'enfant décédé. Il s'agit avant tout d'une histoire très intime vécue par des parents qui n'y étaient pas préparés et qu'ils vont devoir affronter. Dans un espace-temps très court, alors qu'ils se projetaient dans la naissance d'un enfant vivant et en bonne santé, les parents vont devoir appréhender sa mort. C'est tout un projet d'enfant qui s'effondre. S'y ajoute souvent la culpabilité liée à la décision d'interruption médicale de grossesse : nous, parents, choisissons la mort de notre enfant (De Clermont et Rey, 2015).

Le travail de deuil qui s'élabore dans l'inconscient doit aboutir au renoncement progressif des représentations liées au mort, au profit d'une intériorisation de celles-ci (Authier-Roux, 2007).

L'expérience dit qu'on n'oublie pas quelqu'un qu'on a perdu mais que, progressivement, on y pense autrement. Le travail du deuil, c'est aménager un espace où loger ces souvenirs douloureux pour qu'ils le soient de moins en moins, pour que cette souffrance s'apaise et devienne simplement une étape dans votre vie. Même s'il reste une cicatrice, qu'elle ne soit pas douloureuse (Masson, 2009).

Le travail de deuil signifie donc qu'il y a reconnaissance, intégration de la mort, perte définitive. Il faut du temps pour que cela devienne pensable. Savoir supporter le chagrin qui témoigne encore de la vie, du désir de vie, est essentiel : « la douleur veille à ce que la vie ne se referme pas sur la mort. Elle veille à ce que le deuil s'entreprenne et demeure en travail. Elle veille à ce que la vie continue. En veillant, la douleur éveille » (Soubieux, 2013).

Mais comment ces parents peuvent-ils se séparer de leur bébé qu'ils n'auront connu que mort ou qu'ils n'auront pas vu ? Sur quels souvenirs pourront-ils reconstruire leur vie ? Faire le deuil de cet enfant, c'est faire le deuil de qui ? D'un être qui n'a pas vraiment vécu en dehors du ventre de sa mère (Authier-Roux, 2007).

Une des spécificités de ce deuil réside dans le fait qu'il rassemble à lui seul à peu près toutes les composantes traumatiques habituellement rencontrées dans différents autres deuils, comme la brutalité ressentie dans la mort violente, le sentiment de solitude et de culpabilité dans la mort aléatoire, la grande difficulté à concevoir la réalité de la mort dans le cas d'un disparu ou encore cette angoisse de mort omniprésente particulièrement après la disparition d'un enfant (Haussaire-Niquet, 2009).

Ces parents endeuillés perdent non seulement un être aimé avec lequel ils pensaient leur avenir, mais aussi et surtout, ce que potentiellement l'enfant aurait pu leur donner s'il avait vécu. C'est le « non-accomplissement d'une vie ».

Ils devront trouver un accomplissement à la vie de leur bébé, pas au sens littéral du terme, mais une forme créée par cet homme et cette femme, qui leur permettra de donner sens à la réalité de cette perte. Seules, leurs capacités de symbolisation pourront permettre aux parents en deuil de renoncer, d'admettre la réalité de la perte et de dépasser le temps du refus. Ces femmes perdent l'objet, mais aussi une partie d'elle-même, c'est à dire la promesse narcissique. Nous ne devons pas dans ces histoires de deuil particulières, nous limiter uniquement à la perte de l'objet sans prendre en compte le deuil narcissique qui se joue ici, et qui est une véritable amputation de soi (Authier-Roux, 2007).

Peut-on penser la mort de son enfant avant la sienne ? Peut-on comprendre l'attitude de l'entourage qui, si proche d'habitude des endeuillés, les évite dans ces circonstances ?

C'est bien tout cela qui rend ce deuil singulier : la fracture opérée dans le processus de parentalisation, la question du statut du fœtus, l'indifférence de la société, le moment où le temps de la vie et celui de la mort se téléscopent, le chaos dans l'ordre naturel des choses, la perte intimement liée au corps de la mère. Avec la perte d'un fœtus, la mère doit se défaire d'une partie d'elle-même non séparée ni corporellement ni psychiquement. Il s'agit d'un deuil dans sa chair, réveillant ses sensations les plus archaïques de corps à corps avec sa propre mère. Cela la renvoie à la question du maternel et de la féminité (Soubieux, 2013).

La particularité du deuil périnatal se rapporte donc à un être « non né » et avec lequel la mère n’a pas de souvenir, il s’agit en quelque sorte d’un non-événement. Suite à cette constatation, il faut souligner l’importance des rituels. Cette ritualisation de l’accompagnement lors de la perte accompagne et soutient le travail psychologique du deuil et fait évoluer les parents plus ou moins rapidement de la sidération à la conflictualisation psychologique où ils alternent, de manière spiralée, déni, colère, revendication, tristesse. Il y a un mouvement d’aller et de retour du déni à l’angoisse qui probablement permet petit à petit une certaine acceptation de la réalité et le

rétablissement fragment par fragment d'une continuité psychologique (Plagnard, 2004).

Les parents doivent puiser en eux des ressources inexplorées jusqu'alors pour se sentir encore vivants. La qualité de ces ressources, les moyens d'y accéder, les aides apportées pour les atteindre vont déterminer les évolutions très différentes dans les élaborations de la perte périnatale.

Ce moment de survie nécessite une aide et une écoute particulières : il doit être accordé au temps de l'absence et du deuil d'être dans ce vide de l'intervalle pour dégager les corps fécondés porteurs des traumas et des morts et laisser place au temps qui passe.

Supporter le vide de l'autre, la souffrance de l'autre, tout en étant « suffisamment présent », « suffisamment contenant », « suffisamment humain », paraît essentiel dans ces situations (Soubieux, 2013).

La blessure intime provoquée par l'IMG se trouve dans l'atteinte faite à la féminité et à la capacité d'être mère. Mais aussi ils mettent à jour la complexe réorganisation d'un être mis à mal par cet événement, d'un corps parfois vécu comme un tombeau, un cercueil vivant. Corps, vagin et utérus deviennent des lieux de passage obligés de la mort. Au delà du deuil du fœtus, de l'enfant « mort avant de n'être », les femmes se posent des questions sur leur capacité à engendrer des enfants viables, sur leur identité de femme, sur leur capacité à être mère.

Le silence qui a longtemps entouré ces décès est sans doute très lié au trouble et à la difficulté à évoquer la mort dans ces maternités qui sont des lieux destinés à la vie. Pourtant, ces interruptions de grossesse sont toujours des drames vécus simultanément par les patients et le personnel médical (Soubieux, 2013).

Avant les années 80, l'attitude des soignants de la maternité à l'égard de la mort était la « conspiration du silence ». Il a fallu de nombreux travaux pour établir tout d'abord la réalité du deuil périnatal et ensuite décrire les complications du deuil des mères, des pères, de leurs enfants déjà nés et à venir.

Aux Etats-Unis et en Europe, certaines équipes ont progressivement développé des attitudes et des pratiques visant à favoriser l'évolution du deuil périnatal. Elles ont confirmé la valeur pratique de ces attitudes et ont montré que le risque du deuil périnatal pathologique maternel était lié, pour une part, aux attitudes des soignants pendant la période qui a entouré la mort. Ces pratiques visaient, pour l'essentiel, à faire confiance à la mère et aux autres membres de la famille de la réalité de la perte de l'enfant et permettre ainsi de débuter le travail du deuil (Plagnard, 2004).

L'évaluation pathologique du deuil des mères s'élève environ à 25%. Ce taux élevé permet de penser que les pertes périnatales constituent un problème de santé publique.

Depuis une trentaine d'années, il a été admis que, dans le deuil périnatal, les rites et les rituels sociaux facilitent l'expression des affects souvent intenses des endeuillés. Ils contribuent à réduire la souffrance des parents et probablement le risque d'une évolution pathologique (Plagnard, 2004).

Les vrais témoins de ce deuil sont les professionnels qui vont accompagner les

parents à chaque étape : annoncer un diagnostic, proposer des examens médicaux, annoncer les résultats, présenter les alternatives, décrire une image échographique, écouter en consultation, accompagner pendant l'accouchement. Ceux qui vont les recevoir à la chambre mortuaire, effectuer l'autopsie du corps de leur enfant, animer un service pour les funérailles. Ceux également qui les entoureront dans un groupe d'entraide, les suivront lors de la grossesse suivante, écouteront leurs angoisses pendant 9 mois, jusqu'au jour où ils auront la joie de tenir dans leurs bras un enfant vivant (De Clermont et Rey, 2015).

Relier par la parole les morts, est une façon de les faire exister en leur donnant place dans la filiation. Le souvenir vient prendre la place du vide opéré par une mort dont on ne voulait pas entendre parler (Fils-Trèves, 2001).

Les difficultés de l'équipe médicale dans l'accompagnement des IMG

Il est indispensable que dans tous les lieux où les personnes et les équipes vivent au quotidien la mort périnatale et ses effets, soit faite une place au psychanalyste. Entre autres, il faut donner à ces équipes la possibilité de remplir pleinement ce rôle.

La participation à l'accompagnement du deuil périnatal des membres d'une équipe de médecine foetale mobilise une part intime et profonde d'eux-mêmes. Dans ces situations, il leur faut pouvoir supporter la violence souvent présente.

De plus en plus la question de la souffrance psychique des soignants commence à être prise en compte. Elle fait partie intégrante de la prise en charge des couples (De Galembert, 2009).

Le paysage périnatal se modifie considérablement, influant sur les modalités de la collaboration entre obstétriciens et acteurs du champ psychologique. Citons pour preuve que trois exemples de pratique quotidienne :

- les maternités sont classées en trois niveaux depuis 1999 et les pathologies prises en charge diffèrent beaucoup selon le niveau de la maternité, suggérant que les besoins de soutien des mères et des équipes peuvent être très différents ;
- des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont été créés en 1999, et ont pris une ampleur considérable, formalisant obligatoirement le travail interdisciplinaire, en particulier avec les psychiatres, les pédopsychiatres et les psychologues ;
- des réseaux de santé périnatale se sont créés dans chaque région française, incluant à des degrés variables des professionnels de santé périnatale, y compris les acteurs du champ psychologique.

Faire appel à des spécialistes du psychisme pour des situations émotionnelles critiques dans le champ de la périnatalité (annonce de malformations, prise en charge

des morts fœtales *in utero*, prise en charge des interruptions médicales de grossesse, d'une mort périnatale...) fait partie désormais des bonnes pratiques périnatales. Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes se sont pour certains rapidement inscrits dans cette démarche et les parents acceptent de plus en plus facilement le recours à des psychologues, des psychiatres, des pédopsychiatres, pour les aider dans ces moments difficiles.

Toutefois, les difficultés de cette collaboration entre spécialistes de la périnatalité (sages-femmes, pédiatres néonatalogistes, obstétriciens, puéricultrices) et les « psys » au sens général du terme sont nombreuses :

- manque de définition des acteurs du champ « psy » qui seront habilités à intervenir en maternité, et interrogation sur leur formation initiale et continue en périnatalité ;
- manque d'une inscription forte de cette pratique dans une politique de prévention et de dépistage et de traitement précoce des troubles de la relation parents-enfant ;
- manque de moyens en termes de personnes pouvant être dévolus à cette activité au sein d'unités de soins ;
- défaut d'harmonisation des pratiques des psychiatres, pédopsychiatres ou psychologues en maternité ;
- attente forte de la part des obstétriciens de propositions d'actions concrètes pour les maternités.

À ce jour, ce sont les connaissances par les obstétriciens et les sages-femmes de la sémiologie décrite lors de l'annonce d'une malformation, la conjonction de facteurs psychologiques vulnérants à une situation de précarité préexistante ou à une addiction qui fournissent une part très importante des appels aux pédopsychiatres dans les maternités (Boulot, 2005).

Le mémoire présenté par Delphine Esplat en 2012 sur « Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse » témoignent de leurs difficultés dans la prise en charge de ces couples. La majorité des sages-femmes (84,92%) interrogées trouvaient difficile l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG (Esplat, 2012).

Au terme de cette étude, le point essentiel qui ressort dans les améliorations possibles est la nécessité de mise en place de soutien au sein des équipes. En effet, ce dernier permettrait aux différents intervenants de pouvoir exprimer leur ressenti, d'échanger entre eux, de revenir sur les difficultés rencontrées, tout ceci dans le but de les aider à faire face à ces situations. Il peut se faire sous forme de tables rondes ou de groupes de paroles animés par un psychologue spécialisé dans ce domaine. Les intervenants devraient également avoir la possibilité de rencontrer en entretien individuel le psychologue de la maternité.

Les équipes auraient également besoin de davantage de formations complémentaires pour les aider à faire face à ces situations et à mettre à jour leurs

connaissances en ce qui concerne l'évolution de la législation quant aux formalités administratives.

Il parait important de trouver des solutions pour que les professionnels qui accompagnent ces couples vivent mieux ces situations, au moyen de formations sur l'accompagnement au deuil et par la mise en place d'un soutien au sein de l'équipe.

Le type d'intervention demandé aux spécialistes des vulnérabilités émotionnelles peut se décliner en deux modalités :

- soit celle d'une intervention systématique : cela suppose que l'établissement ou le praticien puisse compter sur des moyens humains permanents ou de disponibilité quasi immédiate, ce qui est rarement le cas et seulement l'apanage de quelques services hospitaliers ;
- soit celle d'une intervention ciblée (ou approche pragmatique) : d'autres équipes préfèrent cette approche plus pragmatique et agir au cas par cas. En fonction de l'intensité des réactions parentales, confiant dans la capacité des obstétriciens et des sages-femmes à discerner une réaction émotionnelle parentale non pathologique de celle qui dépasse le cadre habituel, et dans leur capacité à faire alors appel aux spécialistes du champ psychologique. Et ce d'autant plus que les moyens mis à la disposition des équipes sont le plus souvent très faibles. Cette intervention est donc basée sur la reconnaissance des signes d'appel par les professionnels de la naissance correctement formés. De ce fait, seulement 25 % des patientes subissant une interruption médicale de grossesse sont consultés par les psys. Cette approche repose donc sur une formation solide des obstétriciens et des sages-femmes à la sémiologie de la psychologie périnatale, mais respecte aussi l'essence même de la fonction de soignant en obstétrique qui est d'aider nos patientes, quelle que soit la pathologie initiale.

La diversité d'intervenants dans le champ psychologique peut être une richesse, mais elle peut constituer une difficulté de collaboration ou en tout cas d'harmonisation des pratiques. En effet, interviennent en maternité des professionnels soit psychologues, soit psychiatres, soit pédopsychiatres, soit psychanalystes. Cela signifie autant de formations initiales différentes et aussi autant de stratégies thérapeutiques différentes. Il est certain que cela entraîne une hétérogénéité remarquable de formation, et partant de pratiques en maternité. Un inventaire est donc à faire de toutes les potentialités existantes et à la disposition des obstétriciens et des sages-femmes, et cela suggère fortement la nécessité d'une formation commune en psychologie périnatale (Boulot, 2005).

DISCUSSION

Les besoins des couples au cours des différentes étapes de l'IMG :

Cette étude a permis de mettre en évidence des moments clés aux cours desquels les remaniements psychiques sont particulièrement importants pour ces couples qui ont recours à une IMG :

- l'annonce de la malformation : est une phase de choc pour le couple. Les réactions peuvent être très vives, un coup de tonnerre dans un ciel serein. Au cours de cette première phase, les parents ont besoin d'explications, de réponses. Alors que la pensée est figée par leur état de choc, il va falloir que l'équipe médicale se montre particulièrement contenante, empathique et essaye de répondre dans la mesure du possible à toutes les questions posées.
- le diagnostic au DPN est l'étape qui confirme la pathologie. Elle laisse les parents dans un état de sidération qui va nécessiter de la part des professionnels médicaux une écoute attentive, une attitude bienveillante et une présence authentique. Au cours de cette phase, il va être intéressant d'orienter les parents vers des spécialistes de la pathologie concernée et également vers des associations de parents qui ont eux aussi vécu ce parcours. L'ensemble des informations leur permettra de pouvoir prendre une décision en conscience et de conserver leur rôle de parents sans se « réfugier » derrière les recommandations médicales.
- la décision d'interrompre la grossesse est une étape marquée par une culpabilité intense de la part des parents. Au cours de cette phase, l'intervention d'un psychologue est particulièrement adaptée. Là encore, l'empathie, la contenance et la disponibilité de l'équipe médicale joue un rôle majeur.
- L'attente marque une étape importante dans la préparation de l'IMG elle-même et du deuil qui débutera. Cette phase d'attente que certains couples voudraient réduire au maximum tant elle est difficile, doit au contraire être préservée. L'équipe soignante a un rôle dans le respect de la temporalité de cette étape. Bien réfléchir à leurs souhaits et leurs attentes concernant l'accouchement est fondamental pour faire de cette naissance un événement inscrit dans leur histoire et pour lequel ils n'auront pas de regret par la suite.
- L'IMG elle-même, décrite comme une épreuve insensée au cours de laquelle la sage-femme va tenter de restaurer du sens à cette naissance.

Au travers de toutes ces étapes, c'est bien l'ensemble des membres de l'équipe médicale qui intervient et en particulier les sages-femmes.

Toutes les étapes qui précèdent l'IMG font intervenir les sages-femmes qui prennent part aux activités du diagnostic prénatal.

Au cours de l'entretien pré-IMG, là encore la sage-femme a un rôle majeur dans la préparation de l'accouchement.

Enfin, au cours de l'IMG elle-même, la présence et le soutien de la sage-femme sont reconnus comme améliorant le vécu de l'accouchement. En faisant le lien avec l'enfant, la sage-femme soutient le couple dans leur processus de parentalité.

Les qualités humaines, d'empathie, d'écoute, de contenance, sans jugement de la part des sages-femmes et du reste de l'équipe seront des éléments indissociables d'un accompagnement émotionnel et d'une prise en charge adaptés au cours des différentes étapes de l' IMG.

Soutenir et accompagner ces couples du point de vue psychologique et émotionnel est un réel enjeu de la prise en charge obstétricale.

Notre rôle de sage-femme

Choisir de donner naissance à un enfant mort, c'est insensé, ce n'est pas normal, ça ne devait par arriver, du coup ça nécessite un accompagnement spécifique. Dans le cadre des IMG, il y a en plus de la décision, le fait de vivre sa culpabilité, mais il reste la naissance qui doit être une belle rencontre et c'est en grande partie la sage-femme qui fait que ce moment soit une belle rencontre ou pas. C'est la manière dont se déroule l'accouchement qui est plus ou moins apaisante et c'est la sage-femme qui joue là-dessus. Et inversement, cela peut tourner au cauchemar pour les parents qui peuvent se sentir abandonnés si la sage-femme n'est pas présente, si elle dit des choses comme : « c'est pas grave vous en aurez un autre », « ne vous en faites pas, demain vous êtes chez vous » ou « ça va passer vite » : tout cela, c'est entre les mains de la sage-femme (De Clermont et Rey, 2015).

Si quelques sages-femmes assistent aux réunions du CPDPN, elles n'interviennent pas directement dans la décision d'IMG. En revanche, elles sont indispensables à son déroulement avant, pendant et après l'expulsion (Weber *et al.*, 2008).

Par ailleurs avant l'IMG, les parents rencontrent une sage-femme au cours d'un long entretien où elle les informe de l'hospitalisation et du déroulement de l' IMG. Cet entretien n'est pas toujours facile à mener et les formations à l'accompagnement du deuil périnatal peuvent être très utiles. Cet entretien dit « préalable » doit être fait avec beaucoup d'attention et de tact, car c'est très difficile : la mère était enceinte et tout à coup, on lui parle de cercueil, d'Etat civil, d'autopsie, enfin des choses absolument horribles mais qu'il faut dire pour que les parents puissent y penser.
C'est un temps d'élaboration qui va préparer tout ce qui va se passer après la perte de l'enfant, après l'interruption. On ne peut pas revenir en arrière. S'il y a des choses qui n'ont pas été faites, elles ne pourront plus se faire de la même façon. C'est important de faire ces propositions aux parents et de les aider à cheminer afin qu'ils n'aient pas de regrets.

Ce temps permet aux parents en devenir qu'ils étaient de reprendre ce rôle-là, ce statut là et de se réapproprier cette histoire avec leur enfant. C'est bien leur enfant à eux. Selon ce qu'ils sont eux, selon leur religion, selon leur culture, selon leurs habitudes familiales, selon leur rencontre à tous les deux, cela leur permet dans cette histoire douloureuse d'être au plus près de ce qu'ils sont et de pouvoir continuer leur vie sans être taraudés par des choses qu'ils auraient pu faire et qu'ils n'ont pas faites.

Ce temps leur permet de se préparer à rencontrer leur enfant. Cependant lorsqu'ils n'ont pas pu le voir pour des raisons qui leur appartiennent, ils pourront néanmoins par la suite retrouver des souvenirs de grossesse ou accomplir des actes qui leur permettront de faire un travail de deuil.

Ce temps permet de reprendre possession de cette décision et d'en devenir maître, de prendre cette décision de parent à bras-le-corps (De Clermont et Rey, 2015).

Les recherches qui explorent le vécu parental sont nombreuses et mettent en évidence une succession d'épreuves subjectives depuis l'annonce de l'anomalie jusqu'aux suites de l'IMG, et l'importance de l'accompagnement par l'ensemble de l'équipe soignante. Quand elle a été testée, la satisfaction de la prise en charge est élevée. Il y a probablement un lien étroit entre le savoir-faire et les aptitudes relationnelles des équipes et cette satisfaction, qui n'élimine pas l'épreuve subjective pour les parents (Weber *et al.*, 2008).

Aujourd'hui, le point de départ de cet accompagnement reste le plus souvent la découverte, sur une échographie de structure, d'une malformation grave, incompatible avec la vie in utero (fœtus non viable) ou après la naissance (fœtus viable). Dans d'autres cas, il s'agit de la découverte, après une amniocentèse, d'une anomalie chromosomique dont l'exemple type est la trisomie 21 (Engelmann, 2002).

Du diagnostic initial jusqu'au devenir du corps, chaque moment peut être l'occasion d'un soutien, d'un étayage, d'une prise en charge de l'équipe médicale dans un souci de soulager les parents. Au moment du diagnostic, il peut s'agir, dès l'annonce, de restaurer d'emblée l'existence d'un enfant et de ses parents en parlant de lui comme d'un enfant porteur d'une maladie ou d'une malformation (Fils-Trèves, 2001).

L'accompagnement est une forme de relation d'aide qu'il importe de vivre avec justesse. D'une part, en proposant une capacité d'accueil en éveil à l'égard de chaque couple tout en sachant que, dans cette relation, l'accompagnant est lui- même confronté à ses propres refus et ses propres défenses; d'autre part, en veillant à ne pas imposer aux autres ses propres conceptions de la fin de vie, de la maladie, de la souffrance, de la mort. Accueil et tolérance fondent l'accompagnement.

Il est donc nécessaire de chercher à se libérer de toute violence et de respecter le cheminement du couple demandeur, sans juger mais non pas sans pleurer : c'est la définition de la compassion (Engelmann, 2002).

Devant cet accouchement qui ne suit pas l'itinéraire prévu, il est surtout capital de ne rien imposer et de laisser les parents instaurer leur propre rapport au temps. Le contact continu avec l'enfant, sans qu'ils ne soient pressés ou bousculés, offre à ces parents désemparés, toutes les chances de pouvoir retrouver plus tard une cohérence intérieure et le contrôle par eux mêmes du sens qu'ils donnent à la vie. Le sentiment de

continuité natale, ressenti de façon unique par chacun en fonction de sa propre histoire, fournit le cadre de réalité et d'intériorité à partir duquel pourra ensuite s'opérer le détachement d'avec son enfant mort (Haussaire-Niquet, 2009).

La mort dérange, perturbe et fait peur ; celle d'enfant relève de l'inacceptable, de l'impensable. L'interruption médicale de grossesse est une perte singulière, c'est la mise à mort d'un enfant organisée par une équipe médicale, ce qui ne correspond en rien à la fonction initiale des médecins. Cependant, ce bébé demeure l'enfant d'une mère et d'un père et non l'enfant de la science.

Ecouter, recevoir, sentir : ces verbes devraient toujours être présents à l'esprit des personnes qui prennent en charge ces parents. Les écouter, c'est leur permettre de mettre en mots leur ressenti, leur souffrance, d'intégrer la violence de ce drame à l'histoire de la famille (Authier-Roux, 2007).

La capacité de mettre en mots et en récit le trauma est un moment important dans l'élaboration des traumatismes. Les groupes de paroles peuvent être intéressants dans l'accompagnement des femmes et des couples après une IMG.

Faire du fœtus un petit d'humain n'est pas nécessairement l'objectif du groupe. L'essentiel est de constituer un objet commun, le fœtus mort-perdu, sur lequel peut se faire le travail d'élaboration psychique tout en respectant les protections et la temporalité de chacun.

Cette approche globale constitue un formidable travail de prévention des deuils pathologiques, des grossesses ultérieures, des enfants qui naîtront après, mais aussi des enfants déjà là. Le groupe a également un rôle important pour les couples. Souvent les femmes sont dans l'incompréhension ou la colère face aux réactions de leurs conjoints. Là aussi, la mise en commun de leurs ressentis leur permet de concevoir qu'un homme qui souffre peut avoir une manière différente de la leur pour survivre à la perte du bébé (Soubieux, 2013).

Notre rôle de sage-femme se joue donc à plusieurs niveaux. La qualité de l'accompagnement au cours des différentes étapes du processus d'IMG est déterminante dans le vécu des couples. Ecoute attentive, bienveillance, disponibilité et respect de la temporalité doivent être au cœur de la prise en charge. De même que l'orientation des parents vers des groupes de paroles ou des associations de parents à l'extérieur de l'hôpital peuvent s'avérer très intéressants à différentes étapes de l'IMG.

Les limites et les perspectives de l'étude

Les limites de l'étude ont été définies principalement par un souci d'exhaustivité. Certains aspects n'ont ainsi pas été traités.

- Les refus d'IMG qui pourraient être assimilés à des projets de naissance en soins palliatifs : en effet pour certains parents, la poursuite du cours naturel de la grossesse, la rencontre avec un bébé vivant fugacement ou sévèrement malade est un passage obligé de leur inscription dans un processus de deuil. L'IMG ou la

poursuite de la grossesse ne sont ni des issues bonnes ou mauvaises en elles-mêmes ni des fins en soi. L'une et l'autre peuvent entraver ou favoriser le processus de deuil.

- La problématique de l'enfant de remplacement qui suit la naissance d'un enfant après une IMG.

Pour ce qui est des perspectives de l'étude, il s'est avéré au cours de la revue de la littérature que très peu de données sont disponibles en ce qui concerne la mécanique obstétricale au cours de ces IMG. En effet, après le déclenchement, il s'agit d'un accouchement « normal ». Cependant, l'expérience pratique montre que l'état psychique du couple et de la femme intervient sur la dynamique de dilatation du col notamment.

Les patientes qui arrivent en salle de travail sans avoir pleinement intégré la décision d'IMG, c'est à dire qui subissent la décision d'IMG qui leur auraient été en quelque sorte imposée, auraient tendance à « résister », à ne pas vouloir se séparer de leur enfant. Il arrive que la dilatation du col soit alors très longue, stagne sans évolution jusqu'à ce que la patiente « lâche-prise ».

A l'inverse, les femmes qui se présentent en salle d'accouchement, en étant dans l'acceptation de la situation et pour qui l'IMG constitue leur choix libre et éclairé ont la plupart du temps des travails particulièrement rapides.

La sage-femme a donc une place primordiale dans ce qui ce joue au cours de cette phase de dilatation. En étant attentive et à l'écoute, elle peut dépister les situations à risque de dystocie et accompagner le couple dans l'acceptation de la situation et ainsi améliorer leur vécu de l'accouchement. Pour les couples ayant déjà pleinement intégré cette idée de « naissance-mort », la sage-femme pourra jouer également un rôle de soutien particulièrement important et accompagner ce couple dans cette étape.

Il apparaît essentiel de réussir à offrir aux parents la possibilité d'être pleinement acteurs de cet événement, car le vécu de l'accouchement semble conditionner le travail de deuil et la reconstruction psychique qui suit cette étape. Donner du sens à cet accouchement, voilà la mission délicate de la sage-femme. Cela fera appel aux qualités d'empathie et d'adaptation de l'équipe médicale et en particulier de la sage-femme.

Ce travail ouvre ainsi de nouvelles perspectives quant à la prise en charge et à l'accompagnement émotionnel des IMG. En effet il serait particulièrement intéressant d'obtenir des données objectives quant à la mécanique obstétricale de ces accouchements selon l'accompagnement dont bénéficient ces parents au cours des différentes étapes du processus.

La prise en charge psychologique semble fondamentale et pourrait certainement être améliorée. Les protocoles actuels « proposent » un accompagnement mais n'intègrent pas la dimension psychologique de manière systématique. Réussir à travailler de manière conjointe avec des professionnels du diagnostic prénatal, de l'obstétrique et du domaine de la psychologie pour proposer un accompagnement plus complet permettrait probablement d'apporter un soutien précieux aux couples qui traversent cette épreuve d'une IMG.

« L'après » IMG

Au moment de l'événement, les conjoints sont souvent solidaires et s'appuient l'un sur l'autre. Cependant au fil du temps, les rapports peuvent se distendre et la communication devenir difficile, voire impossible. La situation de tension aggrave le vécu de la perte car la fonction contenante du couple est aussi perdue.

Le devenir du couple va dépendre de ce que chacun pourra comprendre et tolérer de sa souffrance et de celle de l'autre, avec un rythme et des réactions propres à chacun. Si on sait les aider, les écouter, ils pourront accepter et respecter leurs différences dans leur façon de vivre ce drame et de le surmonter.

La mort d'un petit frère ou d'une petite sœur attendu par toute la famille va entraîner chez l'enfant aîné un grand désarroi. Dans un souci de protéger ses parents meurtris par le chagrin, l'enfant peut parfois dissimuler ses émotions et ses difficultés. Les parents, accablés par leur douleur sont moins attentifs et moins disponibles. A un moment où des réaménagements relationnels devaient se faire dans la famille pour accueillir le futur bébé, la mort de celui-ci peut modifier les relations parents-enfant aîné.

Il n'est pas facile de parler de la mort à un enfant, encore moins de celle d'un bébé qui n'a pas vécu. Ce n'est pas dans l'ordre des choses. Pour l'enfant, la mort est lointaine et liée à la vieillesse. Comment des parents encore sous le choc peuvent-ils répondre aux interrogations de l'enfant ?

En fonction de son âge, de sa maturité, l'enfant a une représentation différente de la mort.

Il n'est pas nécessaire de tout dire aux enfants. Certains détails, certains éléments appartiennent aux parents. Les enfants ne doivent pas forcément tout savoir, car ils peuvent avoir à porter des questions qui ne sont pas les leurs. Ainsi, il ne semble pas souhaitable que les parents informent leurs enfants qu'ils ont décidé eux-mêmes de l'interruption de la grossesse. Cela les mettrait dans un rôle de toute-puissance où ils auraient le pouvoir de faire naître ou mourir les enfants à leur gré. Plus tard, quand l'enfant sera plus grand, ils pourront éventuellement lui en parler de manière plus précise.

En revanche, il paraît indispensable d'informer progressivement l'aîné de la grossesse, de la maladie du bébé et du risque de sa mort. En effet, même très petit, il a vu le ventre de sa mère s'arrondir, il a entendu des conversations étranges où l'on parlait avec beaucoup d'intérêt et d'excitation d'un enfant qui n'était pas lui-même. Cela serait très inquiétant pour lui si soudain sa maman disparaissait pendant quelques jours de la maison, revenait avec un ventre aplati, le visage triste et fatigué, et que la vie continuait sans rien en dire. Privés de la vérité et d'explications cohérentes, ils risquent d'élaborer leurs propres interprétations, à coup sûr plus angoissantes que la réalité (Soubieux, 2013).

Souvent après la mort de leur bébé, les parents souhaitent avoir rapidement un autre enfant. La conception est parfois perçue comme le seul remède à leur douleur insupportable.

Contrairement aux attentes des futurs parents, la nouvelle grossesse ne vient pas réparer la précédente. Il y a souvent un décalage entre le désir de maternité et le désir de grossesse. Les femmes recherchent davantage une restauration narcissique, même celles

qui ont déjà un enfant. Elles éprouvent le besoin de se rassurer sur leur pouvoir de procréation mais l'enfant réel leur fait peur. Ce désir d'avoir un nouvel enfant peut également être considéré comme un déni de la perte et un désir de retrouver le même enfant. La nouvelle grossesse est souvent cachée et se déroule dans le silence. Les femmes et les couples ont perdu confiance en la vie, en la possibilité d'être des parents, de bons parents (Soubieux, 2013).

Après l'euphorie initiale, s'installe l'angoisse, l'angoisse de revivre la même chose, l'angoisse de découvrir aux mêmes examens le même problème, l'angoisse d'une voix au téléphone qui dirait : « Venez me voir rapidement car il y a un problème avec votre bébé », l'angoisse de ne jamais y arriver. C'est un véritable parcours du combattant dont chaque examen n'est qu'une étape. Quelquefois un syndrome dépressif peut s'installer. Cependant, les états d'angoisse extrême sont exceptionnels si un suivi médical et psychologique est mis en place dès le début de la grossesse.

L'entretien prénatal précoce peut permettre de repérer ces situations à risque parfois encore sous-estimées par les professionnels (Soubieux, 2013).

Ainsi, la grossesse qui suit va être ponctuée par toutes les dates anniversaires : l'annonce de la malformation, la date de l'interruption médicale de grossesse, des obsèques, la date présumée de l'accouchement... Ce sont des moments difficiles et il est important de rencontrer les femmes et les couples dans ces moments là.

Les grossesses suivantes sont souvent silencieuses et tenues secrètes avant les premiers examens, notamment la première échographie. Les couples n'en parlent pas du tout. Ils ont tellement peur que ça se reproduise. Après ils en parlent davantage mais toujours de manière réservée, au conditionnel. Il y a des moments d'angoisse, c'est long, la femme porte une grande responsabilité, jusqu'au bout (De Clermont et Rey, 2015).

Au moment de l'accouchement, il faut laisser le temps aux parents de faire connaissance avec leur enfant à leur rythme et à leur façon. Ils ont besoin de préserver l'enfant qui vient de naître. Ne pas lui parler tout de suite de son frère ou de sa sœur décédée est une façon pour eux de se restaurer dans leur fonction de parents, de ne pas mettre en jeu la partie d'eux-mêmes qu'ils considèrent peut être comme mauvaise. C'est un temps où les deux bébés coexistent. Les mères, les pères savent bien qu'ils devront se séparer davantage du bébé mort pour investir le vivant. C'est encore un nouveau temps d'élaboration de la perte périnatale. Comment ne pas penser à l'autre enfant ? Le nouveau-né va peut-être percevoir quelque chose de cette absence, de cet ailleurs dans le regard de sa mère, de ces messages énigmatiques qu'elle lui transmet. Cela fait partie de son histoire. S'il est important de se préoccuper des retentissements de ces comportements sur le bébé, faut-il le faire dès la naissance ? Il est fondamental que les professionnels soient attentifs à ces situations, mais il est tout aussi essentiel de ne pas préconiser des comportements systématisés, non adaptés, qui pourraient avoir des effets délétères sur l'ensemble de la famille. C'est un travail qui doit être fait par petites touches après la mort, pendant la nouvelle grossesse et après la naissance. L'entretien prénatal précoce est un excellent moyen pour détecter ces situations à haut risque psychologique et pour préparer la future naissance en intégrant ces événements traumatiques (Soubieux, 2013).

Les pistes d'amélioration dans la prise en charge et l'accompagnement émotionnel des IMG

Au cours de ce travail, il est apparu que la prise en charge des IMG et notamment la compréhension et la reconnaissance de la singularité du deuil périnatal ont particulièrement évolué ces dernières années. Beaucoup de progrès ont été faits notamment pour la reconnaissance du statut de l'enfant avec les possibilités de l'inscrire dans le livret de famille dès 15 SA. Reconnaître le statut de l'enfant c'est rendre aux parents leur place vis à vis de cette situation.

Le développement des rites et des rituels ont également participé à la reconnaissance de ces événements et permettent aux parents de pouvoir inscrire cette étape dans leur histoire de vie et leur filiation et ainsi d'amorcer leur travail de deuil de manière plus sereine.

L'objectif de l'accompagnement n'est pas d'oter cette douleur qui restera pour chacun des parents un non-sens mais bien de permettre au couple de vivre cette épreuve, de la manière la plus douce possible, en faisant appel à leurs propres ressources pour les rendre acteur principal de cet événement.

La fonction de sage-femme est au cœur des différentes étapes. Les qualités humaines d'empathie, d'écoute, du respect de la temporalité et de contenance sont essentielles. Cette étude a également mis en évidence l'importance du travail pluri-disciplinaire. Au delà de la sage-femme, c'est l'ensemble du personnel médical qui aura un impact dans la prise en charge de ces couples.

En dehors de l'hôpital, il existe des associations de parents qui ont été créées afin d'aider les couples à vivre leur IMG. Travailler conjointement avec ses associations pourrait être une première piste d'amélioration dans l'accompagnement des IMG. Chaque intervenant à un rôle à jouer à une étape différente du processus. Au cours de la phase d'attente, il apparaît que la rencontre avec ses associations pourrait être un réel soutien pour le couple. Ce type d'initiatives existe dans certaines maternités mais cela reste ponctuel. Il pourrait être intéressant de travailler en réseau avec les structures externes à l'hôpital.

De la même manière, pouvoir faire appel à un psychologue à n'importe quelle étape de l'IMG serait bénéfique pour les parents. Ceci est rendu possible dans certaines maternités, mais il est évident que cela ne concerne pas l'ensemble des structures pour différentes raisons : financières, disponibilité du personnel, organisation, etc.

Une autre piste d'amélioration pourrait être de proposer des formations plus approfondies autour de la prise en charge du deuil périnatal. En effet, au cours du cursus de formation des sages-femmes, quelques notions sont abordées concernant l'IMG et l'accompagnement du deuil périnatal mais elles pourraient être plus approfondies. De plus, l'expérience acquise au cours des stages au cours de la formation ne permet pas aux étudiantes de se familiariser avec la prise en charge des IMG. En effet, dans l'intérêt des patientes, les sages-femmes expérimentées ont tendance à tenir à l'écart les étudiant-es de ces situations délicates.

CONCLUSION

« Ne vous en faites pas Madame, vous en aurez un autre ! »

« Vous savez, il valait mieux qu'il meure maintenant que plus tard ! Ce sera moins dur pour vous. »

« Vous en avez 4, c'est déjà bien ! »

« Il était si petit, ce n'était pas encore vraiment un bébé... »

Ces phrases sont prononcées par l'entourage qui ne sait pas. Un entourage qui se trouve confronté à la souffrance de proches, une souffrance qu'on peut difficilement appréhender quand on ne l'a pas soi-même éprouvée. Ces phrases sont parfois aussi prononcées par des professionnels de santé. Ces paroles sont remplies d'empathie, de réconfort, de bienveillance.

Et pourtant, ce sont des phrases que des parents endeuillés ne peuvent pas entendre. Elles sont terribles pour eux au moment où ils les reçoivent, parce qu'elles nient le deuil de l'enfant dans lequel ils sont plongés. Elles les enferment dans une solitude dont il leur sera difficile de sortir et qui explique le tabou autour du deuil périnatal. Ne pas pouvoir parler parce qu'on se sent incompris.

Qui mieux que des professionnels de santé, peut échanger avec des parents pour partager avec eux leur ressenti ?

Qui mieux que des professionnels de santé, peut accompagner des parents au moment où ils vont accoucher d'un enfant sans vie, se trouver confrontés à la mort, au deuil ?

Des professionnels qui interviennent tout au long du parcours de deuil des parents : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, psychologues, personnels des services funéraires, infirmières, foetopathologistes. Chacun, par son action auprès de famille, par les paroles qu'il prononce, par le temps qu'il accorde, par les gestes qu'il pratique intervient dans l'histoire de cette famille. Parfois sans le savoir, son intervention aura un impact fort et direct sur la manière dont le deuil sera vécu, sur la compréhension de leur histoire par les parents, par conséquent sur leur reconstruction et sur leur capacité à se relever (De Clermont et Rey, 2015).

Même si les manifestations les plus bruyantes de l'angoisse sont le plus souvent sans conséquences, elles doivent être écoutées et contenues ; violence, agressivité, souhaits de mort, manifestations de rejet, honte, sont des réalités psychiques auxquelles les couples qui traversent de telles situations n'ont pas l'habitude d'être confrontés (Authier-Roux, 2007).

Ce travail a permis de mettre en évidence des étapes charnières au cours du processus d'IMG pendant lesquels les remaniements psychiques sont particulièrement importants. Accompagner ces étapes c'est être attentif aux besoins des couples et y répondre par l'attitude la plus adaptée possible.

	Annonce	Diagnostic	Décision	Attente	IMG
Sentiments prédominants	Choc, déni	Choc, colère	Culpabilité	Tristesse	Perte de sens
Besoin	réponses, explications	explications, compréhension, écoute, respect	accompagnement à la décision	bien réfléchir pour ne rien regretter ensuite	temporalité, présence, douceur, lien à l'enfant
Sage-femme, soignants	écoute, accueil, empathie, contenance	Explication de la pathologie, contenance	écoute, empathie, disponibilité, intervention d'un psychologue	explication du déroulement de l'IMG, temporalité psychique	humanité, patience, proximité

Il ne sera pas possible de définir un protocole type d'accompagnement émotionnel, la singularité des situations rend la prise en charge unique également. En revanche, cette revue de la littérature permet de comprendre que certains comportements, bienveillants dans l'intention, sont à proscrire.

Angoisse et désorganisation sont loin d'être systématiquement péjoratives : l'angoisse peut être l'indice d'un travail psychique qui prend en compte une réalité inquiétante et la désorganisation, le point de départ d'une régression défensive et organisatrice. L'intensité du conflit qui se déploie initialement devant les soignants témoigne de l'intensité de l'ambivalence suscitée par la situation et par les choix qu'elle sous-tend, entre intérêts narcissiques et intérêts de l'objet. Ce conflit ambivalent n'est souvent que le témoin de la normalité névrotique du fonctionnement psychique. C'est un état que l'on pourrait qualifier de normalité douloureuse. Ces zones de fragilités résultent généralement de conflits de type névrotique ou narcissique, non ou mal résolus, mis jusque-là en latence et dont la malformation de l'enfant est le révélateur (Authier-Roux, 2007).

Bien qu'étant particulièrement délicat, l'accompagnement de ces couples au cours des différentes étapes de l'IMG est fondamental. La sage-femme, en première ligne, détient un rôle majeur et peut permettre non pas de soulager la peine mais bien d'aider ces couples à être acteur de cette naissance-mort et leur permettre ainsi d'inscrire cette étape dans la filiation. La notion de respect de la temporalité des couples est au cœur de la prise en charge.

Essayer de laisser s'exprimer le souhait des parents, par exemple, par rapport au fait de voir ou de ne pas voir leur enfant. Ne pas forcer dans un sens ou dans l'autre. Les accompagner à leur rythme. Se dire que s'ils veulent décaler l'accouchement de deux ou trois jours, il n'y a pas vraiment de raison de le leur interdire. Respecter leurs doutes quant à leurs choix.

Quand ils rencontrent leur enfant, c'est le moment le plus difficile aussi : c'est là où ils rencontrent physiquement leur bébé, où ils se rendent compte que le bébé qui est sorti du ventre est mort et bien mort, et qu'ils vont rentrer sans, ils expriment leur

émotion. Ce moment doit être entouré du plus de douceur possible (De Clermont et Rey, 2015).

La question du travail de deuil dans le cadre de l'IMG soulève celle du statut du fœtus, pas tant dans sa réalité obstétricale ou juridique que dans la représentation que peut s'en faire la mère. Objet à multiples facettes, à la fois idéalisé et haï, le foetus risque de devenir objet d'horreur lors de la révélation d'une pathologie incurable. La clinique du deuil périnatal illustre les mouvements psychiques inhérents à l'élaboration de la perte d'un objet-non objet (De Galembert, 2009).

La blessure narcissique constituée chez les parents, atteints dans leur capacité de procréation, fait courir le risque d'une demande d'interruption de grossesse rapide comme si enlever ce bébé monstrueux diminuait alors la souffrance ressentie. Il semble que prendre le temps de sortir de l'état de sidération et amorcer la perspective d'un sens à donner à l'issue de la grossesse, que ce soit dans celui de sa poursuite ou de son interruption, est fondamental : il permet en effet de favoriser l'émergence d'une représentation objectalisée du fœtus, favorable à la résolution du deuil.

L'équipe soignante va assurer la continuité nécessaire et une fonction de contenance dans ces moments de bouleversement psychique ; elle joue un rôle particulier de témoin de la maternité, certes blessée, de cette femme endeuillée et de l'existence de cet enfant en devenir (De Galembert, 2009).

La vie après a changé. Le rapport au monde s'est transformé. Les repères se sont modifiés. Pour ces couples endeuillés, l'enfermement dans la douleur n'est pas la seule issue possible même si celle-ci est immense, effroyable et indescriptible. L'élaboration de cet événement, quand elle est rendue possible, peut permettre une construction-reconstruction psychique étonnante. Encore faut-il que les mères, mais aussi les pères, n'aient pas à dépenser toute leur énergie psychique à maintenir vivante la mémoire de cet enfant mort avant d'avoir vécu. Encore faut-il reconnaître que quelque chose a eu lieu !

Les parents disent souvent : « Je ne peux pas parler de mon bébé mort, c'est tabou ». Parce qu'il y a dans notre société un tabou autour de la mort, parce qu'il s'agit d'un enfant mort avant de naître, parce que le voile de la culpabilité autour de la prise de décision d'interruption médicale de grossesse flotte souvent au-dessus de chaque histoire.

C'est bien la parole qui est la clé de l'accompagnement du deuil périnatal.

A chacune des étapes qui sont franchies, de l'annonce d'un diagnostic à des parents, jusqu'à la grossesse suivante, en passant par la prise de décision, la préparation de l'après, l'accouchement, les rites funéraires, le chemin de deuil, c'est toujours la parole qui est centrale. Celle qui permet aux professionnels de santé d'enrichir leur pratique et celle qui permet aux parents, après un temps nécessaire, de se retrouver eux-mêmes, pour mieux vivre demain. Une parole qui nourrit, une parole qui guérit.

Il n'y a pas de bon ou de mauvais moment pour que la parole se libère. Il y a un chemin à parcourir pour que ces enfants prennent la place qui leur revient dans une vie,

dans une fratrie. C'est un chemin douloureux pour toutes les raisons abordées. Et quand on parle de souffrance, il n'y a pas d'échelle. Aucune histoire n'est plus triste ou moins douloureuse qu'une autre.

Chacune est une histoire unique et insensée pour les parents qui la vivent. Elle est aussi unique pour les professionnels qui l'accompagnent. Mais chaque personne que les parents croiseront pendant ce temps de deuil, qu'elle soit sage-femme ou psychologue, gynécologue ou foetopathologiste, responsable des services funéraires ou membre d'une association de soutien, a vraiment à cœur de les aider à y trouver un sens (De Clermont et Rey, 2015).

Le temps de la réflexion doit permettre aussi à tous de penser le deuil dans une autre temporalité. Faut-il chercher à tout prix qu'un deuil soit « fait » comme pour évacuer ou sceller l'évènement ? Peut-on dire qu'un deuil périnatal n'est jamais fini ? Continuer à vivre en gardant en soi des parties endeuillées ne relève pas toujours du pathologique. Ne pourrait-on pas aller jusqu'à dire qu'un tel événement qui contraint à aller au plus profond de soi pour rencontrer le vivant peut conduire à une confrontation à la vie plus créative ?

Un berceau vide, c'est un être disparu, mais c'est aussi la vie... qui continue (Soubieux, 2013).

BIBLIOGRAPHIE

AUTHIER-ROUX Frédérique (2007). *Ces Bébés passés sous silence: À propos des interruptions médicales de grossesse,* Erès.

BOULOT Pierre (2005). « Le point actuel sur la collaboration entre obstétriciens et spécialistes de psychologie périnatale », *Spirale* 2005/1 (no 33), p. 41-54. DOI 10.3917/spi.033.0041.

BYDLOWSKI Monique (1999). *La dette de vie – Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Editions Le fil rouge.

BYDLOWSKI Monique (2011). « Le deuil infini des maternités sans objet », *Topique* 2011/3 (n° 116), p. 7-16. DOI 10.3917/top.116.0007.

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) (2008). « L'IMG : une clinique de l'indésirable », Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, Tome XXXII publié le 3.12.2008.

DE CLERMONT Cécile, REY Jeanne (2015). *Accompagner le deuil périnatal – Dialogues entre une mère et des professionnels*, Editions de la chronique sociale.

DE GALEMBERT Diane (2009). « Destin de naissance... destin de mort : quand naissance et mort se superposent », *Champ psychosomatique* 2009/4 (n° 56), p. 41-51. DOI 10.3917/cpsy.056.0041

DELAHAYE Magalie (2001). « L'accompagnement à la mort autour de la naissance », *Études sur la mort* 2001/1 (no 119), p. 47-61. DOI 10.3917/eslm.119.0047.

ENGELMANN Philippe (2002). « Les interruptions médicales de grossesse. Evolutions législatives, témoignage et questions », *Laennec* 2002/4 (Tome 50), p. 16-26.
DOI 10.391/lae.024.0016

ESPLAT Delphine (2012). « Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse. » *Gynecology and obstetrics.* <dumas-00765328>.

FILS-TREVES Muriel (2001). *Le deuil de la maternité*, Calmann-Lévy.

FRYDMAN René, FILS-TREVES Muriel (1997). *Mourir avant de n'être ?*, Editions Odile Jacob.

GIRARDON-PETITCOLIN Michèle (2001). « Une figure de la séparation impossible : l'interruption médicale de grossesse », *Revue française de psychanalyse* 2001/2 (Vol. 65), p. 425-436. DOI 10.3917/rfp.652.0425.

HAUSSAIRE-NIQUET Chantal (2009). *Le deuil périnatal, le vivre et l'accompagner*, Le Souffle d'Or.

HFME Hôpital Femme Mère Enfant). « Interruption Médicale de Grossesse », *Livret*

d'information à l'usage des parents.

JOUK Pierre-Simon (2007). « Quel est l'impact du diagnostic prénatal sur les représentations de l'enfant à naître ? », *Contraste* N°26, p. 81-118

LECANTE DE TROY Julie (2017). *Ma petite plume – Vivre et surmonter l'interruption médicale de grossesse,* Michalon.

LEGRAS Claire (2008). « L'état civil des enfants nés sans vie », *Laennec* N°2/2008.

MARTINEAU Elisabeth (2011). *Surmonter la mort de l'enfant attendu – Dialogue autours du deuil périnatal,* Editions de la chronique sociale.

MASSON Martine (2009). « "Te dire adieu, mon bébé". Accompagnement du deuil périnatal », *Cahiers de Gestalt-thérapie* 2009/1 (n° 23), p. 113-136.

MOTHE Charlotte (2016). « Interruption médicale de grossesse : indications et analyse des pratiques obstétricales sur trois ans au CHU de Bordeaux », *Médecine humaine et pathologie,* <dumas-01381868>.

NGUYEN Marie (2012). « Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficulés rencontrées. », *Gynécologie et obstétrique,* <dumas-00724956>.

PLAGNARD Naima (2004), « Rôle de la sage-femme dans le deuil périnatal », *InfoKara* 2004/3 (Vol. 19), p. 105-110. DOI 10.3917/inka.043.0105.

RAJON Anne-Marie, ABADIE Isabelle, GRANDJEAN Hélène (2006). « Répercussions du diagnostic périnatal de malformation sur l'enfant et ses parents : approche métapsychologique à partir de l'étude longitudinale de 30 familles », *La psychiatrie de l'enfant* 2006/2 (Vol. 49), p. 349-404. DOI 10.3917/psye.492.0349

SECCIA Ariane (2016). *La mort, le deuil, la vie : un message et des outils pour traverser la vie,* L'Estréchure : Editions AS.22.11.

SOUBIEUX Marie-José (2013). *Le berceau vide*, Erès.

WEBER Jean-Christophe, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, RUSTERHOLTZ Thierry, PONS Isabelle, GOBATTO Isabelle (2008). « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques », *Sciences sociales et santé* 2008/1 (Vol. 26), p. 93-120. DOI 10.3917/sss.261.0093

RÉSUMÉ

Des progrès importants ont été réalisés dans le domaine du diagnostic prénatal au cours des dernières années. De manière conjointe, le nombre d'Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) ne cesse d'augmenter. Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) ont pour missions d'établir la « particulière gravité » de l'affection foetale et de permettre ainsi aux parents de prendre une décision concernant le devenir de leur enfant de manière libre et éclairée.

De l'annonce à l'accouchement, en passant par le diagnostic et la décision, l'IMG représente une épreuve qu'aucun parent ne pouvait imaginer vivre. Chaque étape du processus est le lieu de remaniements psychiques majeurs.

Au moyen d'une revue de la littérature, cette étude s'est attelée à comprendre ces remaniements psychiques. La finalité de ce travail a été d'identifier les besoins des couples au cours des différentes phases pour ensuite définir la place de la sage-femme et enfin proposer des pistes d'amélioration dans l'accompagnement émotionnel et la prise en charge des IMG.

L'approche méthodologique a été de créér une grille de sélection des ressources bibliographiques et d'établir une fiche de lecture individuelle des éléments sélectionnés. La bibliographie a regroupé au total 17 articles et 10 ouvrages.

Ce travail a permis de mettre en évidence cinq étapes majeures : l'annonce, le diagnostic, la décision, l'attente et l'IMG elle-même. A chaque phase correspond des besoins particuliers auxquels les sages-femmes et le reste de l'équipe médicale peuvent répondre de manière adaptée.

Entourer et soutenir les parents à être acteur de cette naissance-mort, voilà la délicate mission que porte la sage-femme et l'équipe soignante lors de ces accouchements particuliers.

L'accompagnement émotionnel mis en place à chaque étape jouera un rôle dans le deuil périnatal en faisant appel aux ressources individuelles des membres du couple.

SUMMARY

In recent years significant progress has been made in the field of antenatal diagnosis. At the same time the number of Medical Termination of Pregnancy (MTP) continues to increase. Pluri-disciplinary antenatal diagnosis centres (PDADC) have the task of establishing the "particular gravity" of the fetal pathology and thus allowing parents to make a decision about the future of their child in a free and informed way.

From the announcement to the diagnosis to the decision and the birth, MTP represents a test that no parent could imagine going through; each stage of the process is a major mental challenge. With the help of literature, this study has begun to understand these challenges. The purpose of this work was to identify the needs of couples during these different phases and then define the place of the midwife. Finally, find ways to improve the emotional support and care of MTP. The methodological approach was to create a grid of bibliographic resources and to establish an individual document of each elements.

The bibliography has a total of 17 articles and 10 books. This work has highlighted five major stages: the announcement, the diagnosis, the decision, the wait and the MTP itself. Each phase has its special needs that midwives and the rest of the medical team can respond to in a suitable way.

Surrounding and supporting parents to be an actor of this birth-death is the delicate mission that midwifes and doctors delivers during this delicate process.

The emotional support set up at each stage will play a role in antinatal bereavement by using the personal resources of the couple.