

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

AVOIR UN ENFANT APRES UNE INTERRUPTION
MEDICALE DE GROSSESSE

Diane REDEL

Née le 8 février 1984

Directeur de mémoire : Docteur Anne PAUMIER

Promotion 2002-2007

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

PREMIERE PARTIE :

A PROPOS DE L'IMG... GENERALITES	2
---	----------

I- L'IMG : définition et cadre juridique.....	3
--	----------

1- Historique et définition.....	3
----------------------------------	---

2- Principales causes d'IMG	5
-----------------------------------	---

II- Reconnaître l'enfant.....	6
--------------------------------------	----------

III- Protocole de prise en charge à Nantes	7
---	----------

DEUXIEME PARTIE:

APPROCHE MEDICALE D'UNE GROSSESSE APRES IMG.....	9
---	----------

I- Spécificité des grossesses après IMG	10
--	-----------

1- Revue de la littérature	10
----------------------------------	----

2- Suivi médical de ces grossesses	12
--	----

2-1. Les consultations	12
------------------------------	----

2-2. Suivi biologique de la grossesse	13
---	----

2-3. Le suivi échographique	13
-----------------------------------	----

2-4. L'Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF).....	14
---	----

2-5. La sage-femme à domicile	14
-------------------------------------	----

II- Méthodologie de l'étude.....	14
---	-----------

1- Problématique.....	14
-----------------------	----

2- Réalisation de l'étude.....	15
--------------------------------	----

2-1.Type d'étude	15
------------------------	----

2-2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
---	----

2-3. Précisions quant aux données relevées.....	16
---	----

III- Résultats	17
-----------------------------	-----------

1- Renseignements généraux	17
----------------------------------	----

2- Antécédents des patientes.....	19
-----------------------------------	----

3- Description des IMG	20
------------------------------	----

4- Caractéristiques des grossesses suivantes	21
--	----

4-1. Fréquence des fausses-couches spontanées	21
4-2. Gestité et parité	22
4-3. Contexte sociologique	22
4-4. Délai entre les grossesses	23
4-5. Suivi par la sage-femme à domicile	23
4-6. Echographies et consultations	24
4-7 Double test et amniocentèse	24
4-8. Hospitalisation.....	25
5- L'accouchement	26
5-1. Age gestationnel	26
5-2. Déroulement du travail et mode d'accouchement.....	26
5-3. L'enfant	28
6- Hémorragie de la délivrance	28
7- L'allaitement	29
IV- Discussion	29
1- Représentativité	29
2- Éléments incomplets pour une étude exhaustive.....	29
3- Analyse des résultats et comparaison avec la littérature	30

TROISIEME PARTIE :

APPROCHE PSYCHOLOGIQUE.....	33
I- Généralités sur la mort et le deuil	34
1- Définitions.....	34
2- Les étapes du deuil	34
2-1. L'état de choc.....	34
2-2. L'état dépressif du deuil	35
2-3. La période de rétablissement.....	36
3- Le deuil pathologique.....	36
3-1. Les deuils névrotiques.....	37
3-2. Les deuils mélancoliques	37
II- Caractéristiques du deuil périnatal	38
1- La mort d'un bébé au fil de l'histoire.....	38
2- Faire coïncider la naissance et la mort	39
3- Le sentiment profond de culpabilité.....	39
4- Le sentiment d'amputation d'une partie de soi	40
5- L'absence de souvenirs communs	41
6- Les difficultés psychologiques à se sentir parents face à la société	41
7- La place dans la famille.....	42
III- Vécu de la grossesse suivante.....	43

1- La grossesse.....	43
1-1. L'annonce de la grossesse	43
1-2. Le suivi médical	43
1-3. L'attachement et l'implication dans la grossesse	44
1-4. La fratrie.....	45
1-5. Rôle de cette grossesse.....	46
2- Le prénom	46
3- La naissance	47
IV- La place de l'enfant.....	47
1- Son histoire.....	47
2- L'enfant de remplacement	48

QUATRIEME PARTIE :

RÔLE DE LA SAGE-FEMME..... 50

I- L'IMG..... 51

II- La grossesse d'après..... 51

III- L'accouchement et le post partum 51

CONCLUSION 53

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LEXIQUE

AG : Anesthésie générale

APD : Anesthésie péridurale

ATCD : Antécédent

AVB : Accouchement par voie basse

DA/RU : Délivrance artificielle/ révision utérine

EI: Extraction instrumentale

FCS : Fausse-couche spontanée

FDR : Facteur de risque

HTA : Hypertension artérielle

IC : Intervalle de confiance

IMG : Interruption médicale de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MIU : Mort in utero

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odd ratio

PPO : Préparation psychoprophylactique obstétricale

Rachi : Rachi anesthésie

RCIU : Retard de croissance intra utérin

RPM : Rupture prématurée des membranes

RR : Risque relatif

SA : Semaines d'aménorrhée

SFA : Souffrance foetale aiguë

STT : Syndrome transfuseur-transfusé

Ut. Cicat : Utérus cicatriciel

INTRODUCTION

Une grossesse change la vie d'une femme, d'un couple, d'une famille. Deux êtres vont donner la vie. Pas tous. Pour certains cette grossesse n'aboutira pas à l'événement tant attendu, et ses conséquences peuvent être particulièrement difficiles à vivre.

Ainsi, qu'en est-il de toutes ces femmes pour qui une grossesse s'est soldée par une interruption médicale de grossesse ? La grossesse suivante sera très probablement abordée différemment, que ce soit sur un plan médical ou affectif, mais de quelle façon exactement ?

Un couple hospitalisé pour une IMG à 32 SA a déclaré alors qu'il se dirigeait vers les salles d'accouchement que c'était le plus beau jour de leur vie car tous deux allaient devenir parents...

Nous nous sommes alors interrogés sur ce que pourrait vivre ce couple si une autre grossesse survenait avec cette fois la naissance d'un enfant vivant.

- Est-on parent quand l'enfant que l'on a mis au monde n'a vécu qu'*in utero*, voire même n'a pas d'existence légale ?
- La grossesse qui suit une IMG est-elle plus à risque de complications médicales ?
- Est-elle vécue comme une seconde chance ou comme un retour en arrière ?
- Quelle sera la place de ce nouvel enfant dans la famille ?

L'objectif de ce travail est d'évaluer les conséquences d'IMG sur la grossesse suivante afin d'accompagner au mieux ces couples.

Après une première partie de généralités concernant l'IMG, nous essaierons à travers une étude de répondre aux questions médicales qui peuvent se poser. Nous aborderons ensuite en troisième partie le vécu psychologique de ces couples lors de cette grossesse si particulière. Enfin, nous évoquerons en quatrième partie le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des couples.

PREMIERE PARTIE :
A PROPOS DE L'IMG... GENERALITES

I- L'IMG : définition et cadre juridique

1- Historique et définition

En France, 220 000 avortements sont pratiqués chaque année depuis 25 ans. Dans l'usage courant, le mot avortement est employé comme synonyme d'interruption volontaire de grossesse, tandis que l'expression fausse couche désigne un avortement spontané [41].

Historiquement, l'interruption volontaire de grossesse a toujours été pratiquée plus ou moins clandestinement. Elle fut pendant longtemps très sévèrement réprimée.

En 1939, le décret-loi du 29 juillet aggrave les peines mais légalise, sous des conditions très strictes, l'avortement thérapeutique.

En 1969, l'Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement (ANEA) élabore une proposition de loi pour permettre l'élargissement de l'avortement thérapeutique dans les situations où la grossesse met en péril la santé maternelle (seul le risque vital était reconnu), en cas de viol, d'inceste, de problème génétique, de malformation fœtale. Chaque cas est apprécié par deux médecins spécialistes dont un hospitalier, et par une commission départementale en cas de difficultés économiques et sociales.

Le projet de loi Taittinger-Poniatowski (respectivement garde des sceaux et ministre de la santé), en 1973, reprend les propositions de l'ANEA, sans plus de succès.

L'interruption volontaire de grossesse est désormais régie par les lois du 17 Janvier 1975 (loi Veil) et du 31 Décembre 1979. Ces mêmes lois sont applicables à l'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique (ITG), modifiées par la loi du 29 Juillet 1994, et régies par les alinéas 12 et 13 de l'article 162 du Code de Santé Publique. Elles ont toutes deux été réformées par la loi du 4 juillet 2001 [37].

Distinction entre l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et l'interruption médicale de grossesse (IMG) :

Les débats sur l'IVG ont tendance à faire oublier que la loi du 17 janvier 1975 a très nettement distingué l'IVG pratiquée dans les 12 premières semaines de l'interruption médicale de grossesse dite "thérapeutique" qui peut être pratiquée jusqu'au terme de la grossesse.

Les critères de la loi de 1975 permettant d'envisager une interruption légale de grossesse sont les suivants :

- Interruption volontaire de grossesse : avant la fin de la 12^{ème} semaine d'aménorrhée (soit 10

semaines de grossesse) lorsque la femme enceinte est dans une situation de détresse. Depuis juillet 2001, l'IVG peut être pratiquée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, soit 12 semaines de grossesse.

Art. L. 2212-1. du Code de Santé Publique - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

- Interruption médicale de grossesse : à tout moment de la grossesse, pour motif médical et non plus thérapeutique.

Art. L.2213-1. du Code de Santé Publique - 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.

D'autre part, l'article 16.3 du Code civil a été modifié par la loi du 27 juillet 1999 : le mot thérapeutique a été remplacé par le mot médical.

Art.16-3 du Code civil: « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt médical d'autrui. »

En effet, « thérapeutique » implique une notion de soins curatifs; or cette notion se retrouve difficilement lors d'une IMG puisqu'elle aboutit inéluctablement à la mort du fœtus, même lorsqu'il s'agit d'un sauvetage maternel. Il est donc apparu nécessaire au législateur de modifier les termes utilisés.

« J'appris à cette occasion que l'on pouvait également nommer l'intervention, interruption thérapeutique de grossesse (ITG). [...] cette terminologie me semblait tout à fait déplacée; je ne voyais en effet vraiment pas, en la circonstance, qui l'on avait la prétention de soigner ! »

(Chantal Haussaire-Niquet, Lettre à Jacques)[8]

L'interruption médicale de grossesse souligne le rôle du médecin et du problème médical dans la décision. L'IMG est demandée par la patiente et entérinée par la commission. Cependant, d'après l'interprétation faite de la loi, en dernier ressort c'est la femme qui décide d'accepter ou de refuser une IMG, mais elle ne peut l'exiger [37].

La décision d'autoriser ou non l' IMG repose maintenant sur un groupe plus que sur un individu. Cela va dans le sens d'un avis du Comité Consultatif National d'Éthique, paru en Mai 1985 : "il est recommandé d'organiser des Centres agréés de diagnostic prénatal". Mais il fallut attendre le 31 Mai 1997 pour que paraissent au Journal Officiel de la République Française (décret n° 97-578 du 28 mai 1997), les critères de définition, les missions et agréments des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, ainsi que leur mode de fonctionnement. A noter que de nouveaux décrets ont été publiés le 22 décembre 2006, et que la consultation d'une équipe pluridisciplinaire a été rendue obligatoire en 2001 dans l'article L.2113-1 cité précédemment [46].

2- Principales causes d'IMG

Comme nous venons de le voir, une IMG est possible si l'état de l'enfant est d'une particulière gravité ou si la pathologie dont il est atteint est considérée comme incurable au moment du diagnostic. Elle est également possible si c'est le pronostic vital de la mère qui est engagé.

Les causes d'IMG peuvent se répartir en différentes catégories. La classification utilisée par le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire est la suivante :

- Anomalie chromosomique : trisomie 21 libre et translocation et mosaïque, trisomie 18, trisomie 13, Turner et autres
- Cardiopathie isolée létale ou non accessible à une chirurgie réparatrice
- Anomalie neurologique isolée : anomalie cérébrale ou du tube neural
- Anomalie des reins et voies urinaires seuls
- Polymalformations : génétiques ou syndromes
- Rupture Prématuroe des membranes ou anamnios avant 20 SA
- Indications maternelles
- Causes diverses : RCIU, abdomen, membres, infections, hernie diaphragmatique, toxiques, STT, autres

Le motif de l'IMG aura une importance majeure dans le vécu du couple au moment de l'arrêt de la grossesse mais aura aussi des conséquences lors des grossesses ultérieures, que ce soit par rapport au suivi médical mis en place ou par rapport au vécu de ces grossesses

futures.

II- Reconnaître l'enfant

La reconnaissance de l'enfant né de l'IMG est source de nombreux problèmes, et la législation en place est régulièrement l'objet de révoltes chez les couples et leurs familles. En effet, l'enfant décédé n'est pas obligatoirement reconnu par la loi : c'est le terme de l'IMG qui donnera ou non ce droit [39].

Avant 22 SA ou si le poids de naissance est inférieur à 500g, cet enfant n'est « rien ». D'après la définition de l'OMS, c'est « un produit de conception » [2]. Il ne peut être reconnu et n'ouvre aucun droit parental (congés maternité ou paternité, allocations familiales...). La grossesse n'a pour ainsi dire jamais existé. Aucun acte légal n'est alors établi.

Si l'IMG a lieu après 22 SA, l'enfant est alors reconnu à l'état civil, des funérailles sont possibles si les parents le souhaitent et un prénom peut être donné. La plupart des droits parentaux sont alors ouverts au couple. Il est établi à la naissance un acte d'enfant sans vie.

Dans le cas où l'enfant est né vivant et viable puis décédé, il est alors reconnu comme une personne juridique. Deux actes doivent être établis : un acte de naissance puis un acte de décès.

Le tableau fourni en annexe récapitule les possibilités légales de déclaration et de prise en charge en fonction du terme [45].

Jusqu'en 2001, c'est le terme de 28 SA qui était retenu pour pouvoir reconnaître officiellement l'enfant. La circulaire du 30 novembre 2001, "relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance" a officiellement fixé le terme légal d'une reconnaissance à 22 SA :

"L'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie [...] lorsque l'enfant est mort-né après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids de 500 grammes. Ces critères [...] ont vocation à se substituer au délai de 180 jours de gestation."

Les avancées considérables en matière de réanimation néonatale ont largement contribué à ce que ce terme soit ramené à 22 SA, seuil de viabilité fixé par l'OMS. En effet, comment justifier une reconnaissance possible à 28 SA seulement alors que des nouveaux nés de 25 SA voire moins sont désormais pris en charge ?

III- Protocole de prise en charge à Nantes

Ici comme dans tous les centres pratiquant des IMG, a été mis en place un comité de diagnostic anténatal. Ce comité se réunit de façon hebdomadaire et les demandes d'IMG y sont toutes discutées. Ces dossiers peuvent concerner d'autres centres que le CHU, notamment les cliniques des environs ou les centres hospitaliers de la région.

Le comité est pluridisciplinaire. Il se compose de gynécologues-obstétriciens, pédiatres et chirurgiens pédiatres, sages-femmes, généticiens, psychologues..., ceci afin de prendre la meilleure décision possible pour le couple et l'enfant à venir. Un rejet de la demande d'IMG par le comité équivaut à un refus de l'établissement et l'interruption ne pourra être effectuée au CHU. Cependant, en cas de demande persistante des parents, le dossier peut être de nouveau examiné. Lorsque l'IMG est acceptée, l'accord doit être signé par deux médecins référents et joint au dossier avec la demande écrite des parents.

Le couple est ensuite revu en consultation pré IMG avec le médecin ou la sage-femme du diagnostic anténatal afin de fixer la date de l'interruption et les modalités de prise en charge. Une rencontre avec le psychologue est proposée.

48 heures avant l'hospitalisation, un comprimé de mifépristone 200mg (antiprogestérone) est donné à la patiente.

L'hospitalisation se fait dans le service de gynécologie, où deux comprimés de misoprostol sont administrés par voie intra vaginale toute les 4 heures, après un premier examen clinique de référence. Des antalgiques (paracétamol ou morphiniques) sont utilisés dès les premières contractions. Le passage en salle de naissance se fait en cas de modifications cervicales, de rupture de la poche des eaux, ou lorsque les antalgiques précédemment cités deviennent inefficaces. La péridurale est alors posée précocement (dilatation cervicale > 1 doigt).

La prise en charge en salle d'accouchement se fait par une des sages-femmes de garde qui pourra être sollicitée en cas de foeticide (injection intra-cordone de produit sédatif puis cardiotoxique). L'expulsion a lieu en présence d'un médecin, qui n'est pas forcément celui ayant été vu par le couple auparavant. La présence du conjoint est fortement recommandée tout au long de ces étapes. Des photographies de l'enfant sont prises en salle de naissance et si le couple le souhaite, il peut leur être présenté et habillé des vêtements qu'ils auront eux-mêmes apportés. Il est nécessaire de laisser aux parents un temps de recueillement avec cet enfant.

Une fois passée la période de surveillance de deux heures réglementaire pour toute accouchée, le couple est ramené vers le service de gynécologie, et non de suites de couches. Ce choix concernant le service a été fait afin d'exposer le moins possible le couple aux

nouveaux nés. Cependant, certaines patientes ont exprimé le regret de n'avoir pas été considérées comme des mères ayant accouché, et ont ressenti un fort sentiment d'isolement.

Afin que cette expérience soit la moins traumatisante possible, il est indispensable d'être à l'écoute des couples et de pouvoir leur fournir toutes les explications nécessaires quant aux prises en charge médicale, juridique et psychologique possibles [49].

DEUXIEME PARTIE:

**APPROCHE MEDICALE D'UNE GROSSESSE
APRES IMG**

I- Spécificité des grossesses après IMG

1- Revue de la littérature

Frank et al.[27], dans une étude prospective cas-témoins de 1987, ne retrouvaient pas chez les femmes ayant eu une interruption de grossesse de conséquences significatives en terme de morbidité maternelle, d'anomalies congénitales ou de mort périnatale. Aucune différence non plus n'était mise en évidence concernant le taux de morts nés, les poids de naissance ou les accouchements prématurés. Ces patientes auraient cependant un risque accru d'infections urinaires (RR : 2,26; $p < 0,01$) et une diminution des anémies liées à la grossesse (RR : 0,25; $p < 0,05$).

En 1988, l'étude de Seidman et al.[32] retrouvait chez les femmes ayant dans leurs antécédents une interruption de grossesse à des termes plus ou moins précoces un taux significativement plus important de petits poids de naissance ($< 2500\text{g}$; $p < 0,002$), ainsi qu'un taux plus élevé de mort-nés chez les patientes sans antécédents ($p < 0,001$). Aucune différence n'était montrée concernant les malformations congénitales.

Aucun résultat significatif en matière de fausses couches, poids de naissance ou durée de gestation dans une autre étude de Frank et al. en 1991 [28].

On notera qu'un des biais majeurs de la plupart de ces études est qu'elles ne différenciaient pas les IVG des IMG; seuls sont évoqués des « termes plus ou moins précoces ».

Une approche différente a été choisie par Hansen et al. [29] en 2000 : l'idée était qu'un stress maternel important jusqu'à 16 mois avant la grossesse pouvait être, par l'intermédiaire de la cortisone, à l'origine de malformations congénitales, notamment de la crête neurale. La perte d'un enfant faisant partie des événements « stressants » sélectionnés par les auteurs, nous avons considéré que l'IMG pouvait s'y rattacher. Le risque d'anomalie de la crête neurale était significativement plus élevé chez les femmes ayant été « stressées » par la mort d'un enfant étant survenue 7 à 16 mois avant la grossesse (OR : 1,46). Lorsque le décès remontait à moins de 6 mois, l'odd ratio était de 1,68. Même si la mort d'un enfant n'est pas obligatoirement une IMG, on ne peut toutefois pas ignorer ces résultats.

En 2003, Debby et al. [25] tentent de déterminer l'impact d'une interruption de grossesse au second trimestre par prostaglandines sur la fertilité et la reproduction. 215 femmes furent incluses dans cette étude prospective sur 11 ans. 20 patientes n'ont pu participer à l'étude dans son intégralité et 82 utilisèrent un moyen de contraception. Sur 113 femmes qui désiraient une nouvelle grossesse, 110, soit 97%, ont débuté spontanément leur grossesse avec une durée moyenne à concevoir de 15,9 mois. 16,4% de ces naissances étaient prématurées et

19,1% des grossesses ont abouti à une fausse-couche spontanée du premier ou deuxième trimestre. Une grossesse extra-utérine (soit 0,8%) a été constatée.

Dedecker et al. [26] ont cherché à établir les facteurs de risque des grossesses rapprochées (délai entre deux grossesses inférieur à 6 mois) et leurs possibles conséquences. Il en ressort que l'antécédent d'IMG est un facteur de risque, tout comme le célibat, un âge peu élevé (moins de 20 ans) ou encore le fait d'appartenir à un milieu social défavorisé (et notamment d'être sans profession). De plus, un intervalle de moins de 6 mois entre les grossesses est associé à un taux élevé de prématurité (OR : 2,8; $p < 0,001$).

Smith et al. [33] ont abouti aux mêmes conclusions, à savoir un risque d'extrême prématurité (24 SA à 32SA) multiplié par 2,2 (IC : 1,3- 3,6) et de prématurité modérée multiplié par 1,6 (IC : 1,3- 2,0). D'autre part, le risque de mort périnatale était 3,6 fois plus important que dans le groupe témoin (IC : 1,2- 10,7). Les odds ratio ont été réajustés, de sorte que le délai court entre les grossesses apparaît comme un facteur de risque indépendant.

La méta-analyse de Conde-Agudelo et al. [19] de 2006 a repris 67 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins), soit un total d'environ 11 millions de grossesses. Son objectif était d'examiner l'association entre l'intervalle entre deux grossesses et les risques d'issues périnatales défavorables.

Les résultats concordent avec ceux des études précédemment citées, à savoir : un délai entre deux grossesses inférieur à 6 mois, comparé à un délai de 18 à 23 mois, est associé à un risque accru de prématurité, de petits poids de naissance et de RCIU (OR ajustés, respectivement : 1,40; 1,61; 1,26).

Un intervalle de 6 à 17 mois, ou supérieur à 59 mois, est également associé de façon significative à ces trois risques (59 mois ou plus : OR= 1,27 (1,17-1,39); 1,49 (1,17-1,89); 1,36 (1,20-1,54)).

Enfin, les risques sont augmentés pour chaque mois raccourcissant le délai de 6 mois ou allongeant celui de 59 mois.

Le tableau suivant récapitule les données principales de ces études. (Figure 1)

Auteur				
Auteur Année	Type d'étude	Nombre de patientes incluses	Résultats	Intervalle de confiance ou p
Franck et al. 1987	Prospective cas-témoins	729 cas 1754 témoins	Cas : -anémie pendant grossesse : RR=0,25 -Infection urinaire : RR=2,26	-IC: [0,07-0,84] p<0,05 -IC: [1,29-3,95] p<0,01
Seidman et al. 1988	Rétrospective cas-témoins	1791 cas 14857 témoins	-Cas : poids de naissance <2500g -Témoins : plus de mort-nés	-p<0,002 -p<0,001
Frank et al. 1991	Prospective cas-témoins	1311 cas 2131 témoins		Non significatif
Hansen et al. 2000	Rétrospective cas-témoins	3560 cas 20299 témoins	Cas : -anomalies crête neurale : OR=1,46 ou OR=1,68 (selon date du décès)	-IC: [1,02-4,03] -IC: [1,01-2,77]
Debby et al. 2003	Prospective	113 patientes	-Temps moyen entre grossesses : 15,9 mois -19,1% de FCS -16,4% de prématurité	
Dedecker et al. 2003	Rétrospective cas-témoins	192 cas 210 témoins	-IMG=facteur de risque de grossesses rapprochées -délai grossesse <6mois =FDR prématurité : OR=2,8	-p<0,001
Smith et al. 2003	Rétrospective cas-témoins	20088 cas 69055 témoins	Cas : -extrême prématurité : OR=2,2 -prématurité modérée : OR=1,6 -mort périnatale : OR=3,6	-IC: [1,3-3,6] -IC: [1,3- 2,0] -IC: [1,2-10,7]
Conde-Agudelo et al. 2006	Méta-analyse de 67 études	11 millions de grossesses	-délai grossesse<6mois =FDR de : prématurité : OR=1,40 petit pds naissance : OR=1,61 RCIU : OR=1,26 -délai<18 mois ou>59 mois : mêmes risques	-IC: [1,24-1,58] -IC: [1,39-1,86] -IC: [1,18-1,33]

Figure 1

2- Suivi médical de ces grossesses

Au regard de tous ces résultats, il paraît légitime de surveiller attentivement, lors de leur grossesse suivante, les femmes ayant eu une IMG. Ce suivi sera bien évidemment à adapter au cas par cas, notamment en fonction de l'étiologie de l'IMG, si elle a été retrouvée. L'équipe médicale se doit de donner un bilan définitif et des informations sur les enfants à venir, la possibilité de prévention et de dépistage précoce lors des grossesses ultérieures. [5]

2-1. Les consultations

Le suivi normal d'une grossesse comprend 7 consultations obligatoires (article R2121-

1 du Code de Santé Publique) [47].

Celles-ci permettent de s'assurer du bien être maternel et fœtal, notamment par la surveillance de la tension artérielle, des bruits du cœur du fœtus, de la hauteur utérine...

La surveillance sera rapprochée et accrue si une pathologie est dépistée au cours d'une de ces consultations. Il convient, pour les patientes pour lesquelles c'est une pathologie maternelle qui a amené à l'IMG, d'être particulièrement attentif à une éventuelle récurrence, avec la mise en place éventuelle de traitements préventifs comme l'aspirine ou l'acide folique.

2-2. Suivi biologique de la grossesse

Certains examens sont obligatoires (sérologie de la rubéole, syphilis, toxoplasmose, hépatite B, la numération formule plaquettaire, la (les) recherche(s) d'agglutinines irrégulières), d'autres sont conseillés. Parmi ces derniers, on retrouve le dépistage de la trisomie 21 par le double test, le test de O'Sullivan (dépistage du diabète gestationnel), la sérologie du VIH [11].

Enfin, d'autres sont à proposer au cas par cas, comme l'amniocentèse. Celle-ci peut être indiquée lorsque l'âge maternel est supérieur à 38 ans, lors de signes d'appels échographiques, de double test indiquant un risque de trisomie plus important que la population générale, ou encore lors d'antécédents d'anomalie chromosomique chez un autre enfant, ce qui peut se produire chez les patientes ayant eu une IMG. Selon l'étiologie de l'IMG, un bilan étiologique spécifique a pu être effectué en période anté-conceptionnelle, comme un bilan de thrombophilie ou encore une recherche génétique chez les parents (syndrome de l'X fragile, translocations déséquilibrées...)

2-3. Le suivi échographique

Trois échographies (12, 22 et 32 SA) sont recommandées lors d'une grossesse normale. Elles permettent d'évaluer le terme, la morphologie, la vitalité du fœtus (avec par exemple la réalisation d'un score de Manning), sa croissance, la quantité de liquide amniotique et le placenta (insertion et fonctionnalité). Là encore, la moindre anomalie suspectée doit amener le praticien à renouveler l'examen aussi souvent que nécessaire. Une attention particulière sera portée aux patientes dont le fœtus de la grossesse antérieure présentait des anomalies morphologiques. Afin de dépister au mieux toute récurrence éventuelle, des échographies intermédiaires sont très souvent proposées à ces femmes.

L'échographie peut être couplée à la vélocimétrie doppler afin d'apprécier plus précisément la fonction placentaire. Ceci nous intéresse notamment en cas d'antécédents de toxémie gravidique compliquée ou non d'un HELLP syndrome, ou de RCIU d'origine vasculaire. Une mesure de la résistance des artères utérines maternelles ainsi que des artères cérébrales et ombilicales fœtales sont alors effectuées pour s'assurer de la qualité optimale des

échanges fœto-maternels.

2-4. L'Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF)

C'est un des meilleurs moyens de surveillance du fœtus, à condition qu'il soit réalisé après 24 SA, terme à partir duquel il devient interprétable. Son analyse repose sur trois critères : le rythme de base, les oscillations et la réactivité. L'altération d'un de ces critères nous fera rechercher une souffrance fœtale aiguë ou chronique, pouvant amener à une extraction prématurée du fœtus en cas d'anomalie grave mettant en jeu le pronostic vital fœtal. La fréquence du suivi par l'ERCF sera à déterminer en fonction de l'ensemble des résultats des autres examens et du caractère satisfaisant ou non de l'ERCF lui-même.

L' ERCF peut être effectué lors de consultations ou par une sage-femme à domicile.

2-5. La sage-femme à domicile

Elle est de plus en plus sollicitée et son rôle est capital, que ce soit sur le plan médical ou psychologique.

Elle permet en effet une surveillance accrue des grossesses à risque tout en évitant aux patientes les inconvénients d'une hospitalisation. De plus, le soutien qu'elle apporte ne doit pas être négligé : c'est une personne de confiance à qui les patientes n'hésitent pas à parler de leurs interrogations, leurs doutes, leurs craintes vis à vis de la grossesse. Ceci est particulièrement important lors des grossesses après IMG, notamment à l'approche des dates anniversaires, périodes de fragilité psychologique pour ces patientes (terme présumé de la première grossesse, date de l'IMG, date du début de la grossesse précédente, date du diagnostic d'anomalie).

II- Méthodologie de l'étude

1- Problématique

Comme nous l'avons vu, peu d'études concernant les possibles conséquences d'une IMG sur la grossesse suivante ont été réalisées, et les résultats obtenus étaient assez contrastés.

A travers notre étude, nous allons tenter de déterminer si ces grossesses sont plus à risque de pathologies telles que la toxémie, la rupture prématurée des membranes, la menace d'accouchement prématuré..., si ces patientes requièrent un suivi psychologique plus important durant leur grossesse ainsi que son influence, ou encore si le déroulement du travail et de l'accouchement est différent de celui des autres femmes. Nous essaierons également

d'évaluer les conséquences éventuelles sur la fertilité et sur le nouveau-né.

2- Réalisation de l'étude

2-1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins, effectuée au CHU de Nantes. Les grossesses suivies portent sur la période allant du 1er janvier 2004 au 31 octobre 2006.

Les dossiers des cas (patientes ayant eu une IMG) ont été récupérés à partir des cahiers d'accouchement : lorsque la mention « antécédent d'IMG » apparaissait dans la colonne « pathologie de la grossesse », les coordonnées de la patiente étaient relevées. 135 dossiers ont ainsi été obtenus. Nous verrons par la suite quels ont été leurs critères d'inclusion ou d'exclusion.

A chaque cas retenu ont été associés 2 témoins (patientes sans antécédent d'IMG). Ces derniers ont été tirés au sort parmi toutes les patientes ayant accouché le même jour que la patiente « cas », ceci afin d'éviter les biais liés au jour et à l'heure de naissance. On notera qu'en raison de difficultés d'accès aux données, pour 27 témoins, seul le jour de la semaine a été respecté, et non la date exacte.

2-2. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Cas

Toutes les interruptions médicales de grossesse ont été prises en compte. Pour être intégrée à l'étude, la première naissance après l'IMG d'un enfant déclaré dans le livret de famille devait avoir lieu dans la période précédemment définie.

2 dossiers n'ont pas pu être exploités, le terme de l'IMG n'étant pas connu.

Les grossesses gémellaires ont été exclues de l'étude, car elles sont sources de biais par les complications qu'elles impliquent. Le nombre de cas recueillis sur cette période de 2 ans et 10 mois et correspondant à nos critères est finalement de 58.

- Témoins

La condition principale d'inclusion était que les patientes ne soient pas des primigestes, ceci afin de pouvoir évaluer le délai entre les grossesses. La grossesse précédente pouvait être une FCS ou une IVG.

Là aussi les grossesses gémellaires ont été exclues. 107 patientes témoins ont finalement été incluses dans l'étude.

2-3. Précisions quant aux données relevées

Les grilles utilisées pour relever les données dans les dossiers sont toutes deux fournies en annexe, mais quelques précisions nous semblent nécessaires.

- La situation professionnelle a été établie à partir de la profession indiquée dans le dossier et sa correspondance avec la classification de l'INSEE [44].
- Seuls les antécédents pouvant avoir un intérêt majeur dans notre étude ont été relevés (Mort in Utero, autre IMG, décès néonatal, pathologie vasculaire, HTA ou toxémie, diabète, HELLP syndrome, obésité, anomalie génétique chez la patiente ou dans sa famille, utérus cicatriciel, tabagisme pendant la grossesse, antécédents gynécologiques).
- L'item « souhait de voir le corps » doit nous permettre de déterminer si des couples ont changé d'avis au moment de la naissance de l'enfant.
- Concernant la prise en charge du corps, dans certains cas d'IMG très précoce où une aspiration était réalisée, on ne pouvait parler de « don de corps ». C'est pourquoi une case « autre » a été utilisée.
- Le nombre de consultations ou d'échographies pour la grossesse aboutissant à l'IMG n'est volontairement pas indiqué. En effet, le but n'est pas de savoir quel est le suivi mis en place pour ces grossesses, mais pour celle qui suit.
- Le délai entre les grossesses a été calculé entre la date de l'IMG et la date de début de la grossesse suivante. Il est indiqué en mois.
- A été qualifiée d' « urgence » toute consultation pour laquelle aucun rendez- vous n'avait été pris, que ce soit aux urgences gynécologiques et obstétricales, chez un médecin traitant ou chez une sage- femme (quand cela est précisé dans le dossier).
- Le nombre de consultations prévues correspond aux consultations qui ont, ou auraient dues avoir lieu.
- Les motifs de suivi par sage- femme à domicile et d'hospitalisation sont les suivants : MAP, HTA ou toxémie, diabète, RCIU, pathologie hépatique, antécédent, RPM (pour la catégorie hospitalisation seulement) ou autre.
- Le terme a été ramené en mesures décimales et non en jours, selon les recommandations épidémiologiques.

III- Résultats

Ces résultats ont été établis grâce au logiciel Epidata Analysis. Le seuil de significativité est $p < 0,05$.

1- Renseignements généraux

L'âge de la mère lors de la seconde grossesse est identique dans le groupe cas et dans le groupe témoins, avec des moyennes de 29,6 ans et 29,3 ans respectivement. La situation matrimoniale se répartit de la façon suivante (figure 2) :

	Situation matrimoniale (%)			Total
	Mariée	Vit maritalement	Célibataire	
Cas	58,6	36,2	5,2	100
Témoins	58,9	33,6	7,5	100
Total	58,8	34,5	6,7	100

Figure 2

Cela correspond à 94,8% des cas vivant en couple (mariage ou vie maritale) et 92,5% pour les témoins. La différence n'est pas significative.

Les figures 3 et 4 représentent la situation socioprofessionnelle de la mère et du conjoint chez les cas puis chez les témoins.

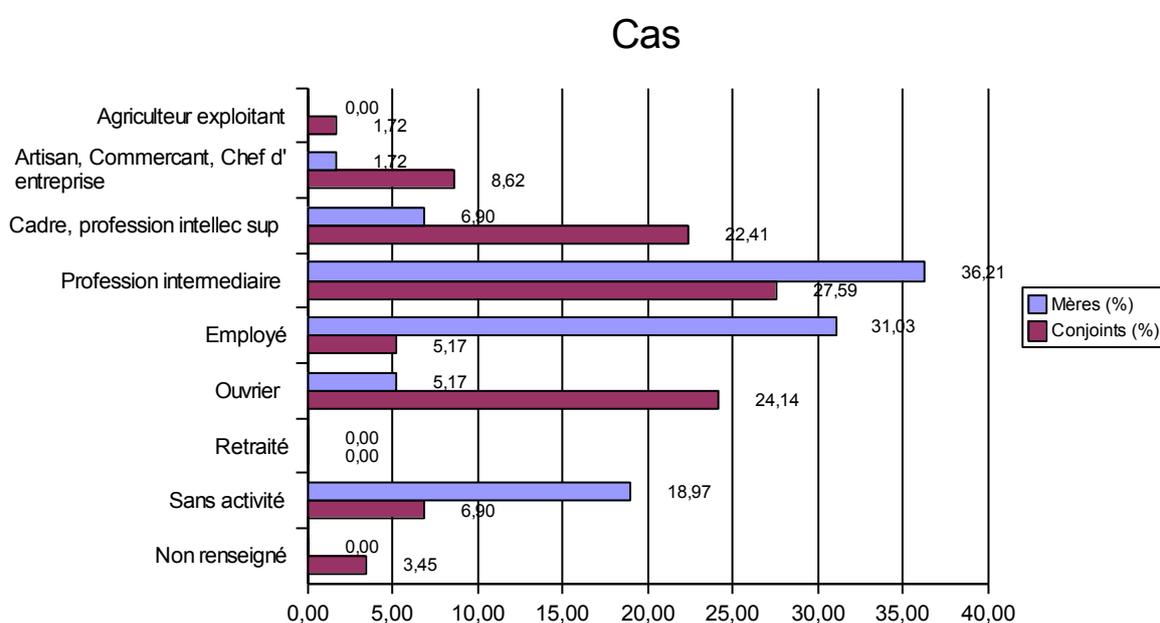


Figure 3 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des cas

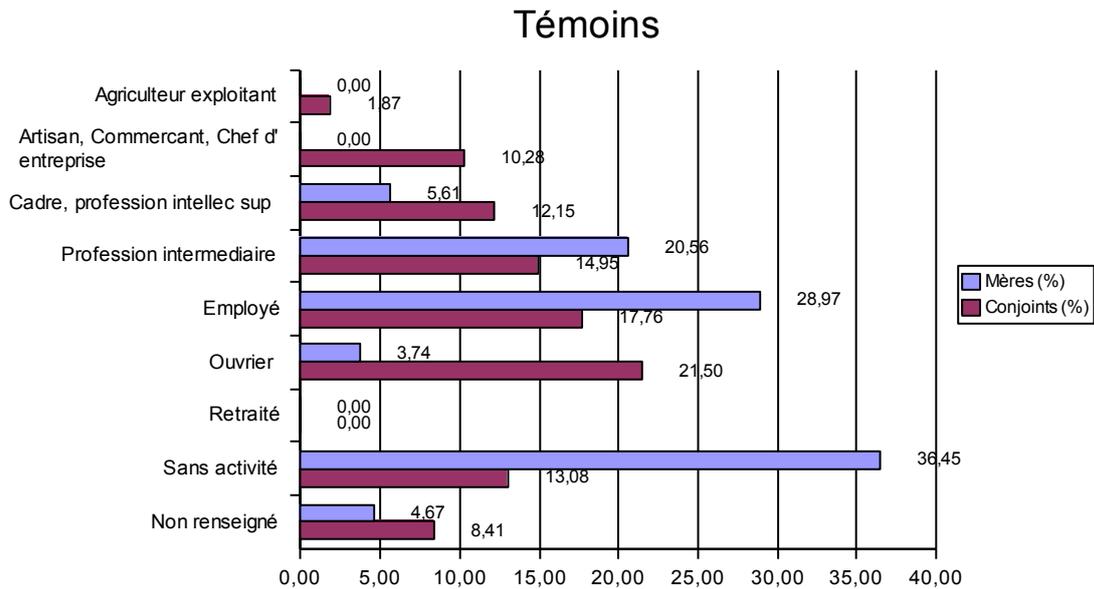


Figure 4 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des témoins

A partir de ces données, la catégorie socioprofessionnelle des couples a été établie de la façon suivante : elle correspond à la catégorie la plus élevée des deux membres du couple. Un regroupement de données a ensuite été fait avec :

- D'un côté les catégories correspondant à un niveau social élevé (cadres, profession intellectuelle supérieure et professions intermédiaires)
- De l'autre, celles correspondant à un niveau social moyen ou défavorisé (toutes les autres catégories, « non renseigné » ayant été exclue).

La population des cas appartient pour 71,4% à un milieu social élevé, contre 40,4% chez les témoins.

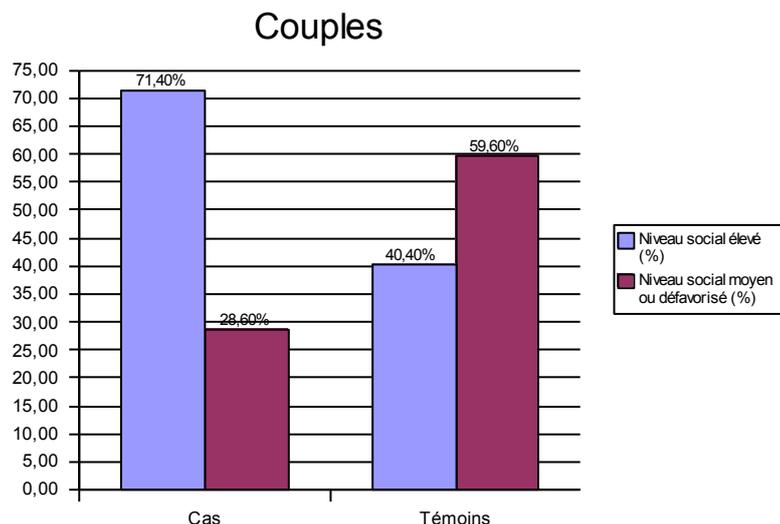


Figure 5 : Niveau social des cas et des témoins

La figure 6 résume l'ensemble des données démographiques.

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Age mère (ans) 2 ^{ème} grossesse	29,6 ± 4,7	29,3 ± 5,0	NS
Vie en couple	94,8%	92,5%	NS
Milieu social élevé	71,4%	40,4%	<0,001

Figure 6 : Comparaison des données démographiques

2- Antécédents des patientes

50% des cas et 55% des témoins présentent des antécédents (non significatif). La figure 8 présente leur répartition. Seuls les antécédents de pathologie vasculaire et de tabac pendant la grossesse diffèrent de façon significative, à savoir :

	Cas n=29	Témoins n=59	p
Pathologie vasculaire	8,6%	1,9%	<0,05
Tabac pendant la grossesse	5,2%	15,9%	<0,05

Figure 7: Antécédents significativement différents

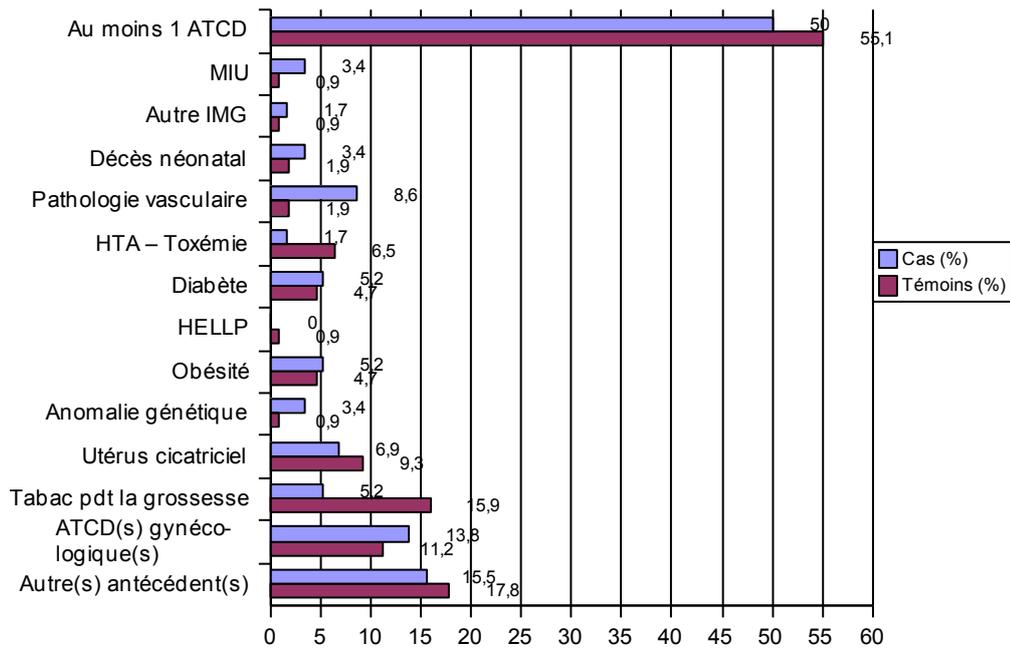


Figure 8 : Répartition des antécédents entre les cas et les témoins

3- Description des IMG

Le terme moyen des IMG est de 23,7 SA \pm 6,7 SA. 67,3% ont eu lieu après 22 SA. La répartition des motifs d'IMG est représentée figure 9.

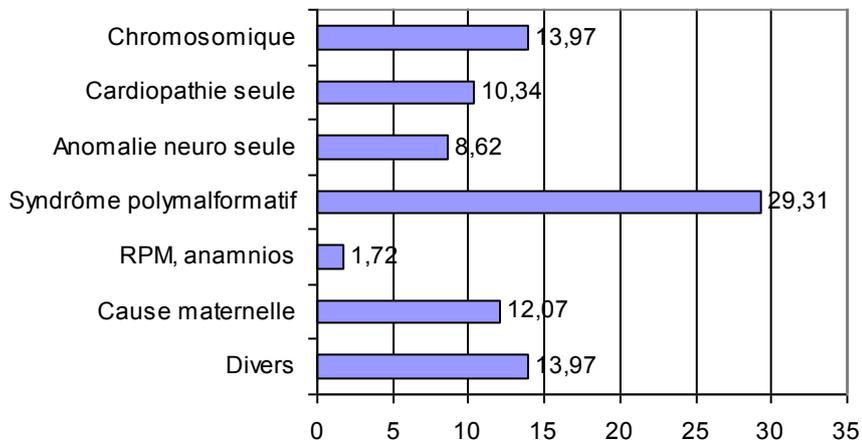


Figure 9 : Motifs d'IMG

La majorité des caractéristiques des IMG est rassemblée dans la figure 10. La gestité et la parité moyennes au moment de l'IMG étaient respectivement de 2,16 et 0,66. Le sexe de

l'enfant ou fœtus décédé est à 48,3% masculin et à 48,3% féminin. Pour 2 dossiers, soit 3,4%, une ambiguïté sexuelle demeurerait.

	OUI	NON	NON PRECISE
Double test	36,2%	36,2% dont 1,7% refus	27,6%
Amniocentèse	81,0%	12,1%	6,9%
Fœticide	53,4%	39,7%	6,9%
Prénom donné	46,6%	36,2%	17,2%
Autopsie ou examen anatomopathologique	86,2%	12,1%	1,7%
Inscription dans livret de famille	58,6%	29,3%	12,1%
Rencontre avec psychologue	63,8%	12,1%	24,1%
Souhait de voir le corps	44,8%	24,1% dont 1,7% non proposé	31,0%
Photos en salle	15,5%	5,2%	79,3%
Corps enfant vu	44,8%	17,2%	37,9%

Figure 10 : Données des IMG

La prise en charge du corps se répartit de la façon suivante :

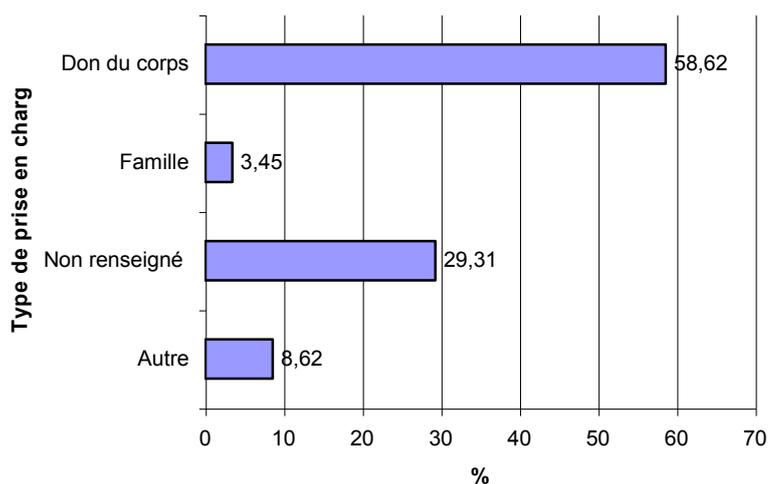


Figure 11

4- Caractéristiques des grossesses suivantes

4-1. Fréquence des fausses-couches spontanées

Le nombre moyen de FCS entre les grossesses est plus élevé chez les témoins, mais le taux de grossesses induites n'est pas significativement différent :

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Nombre moyen de FCS	0,3	0,7	<0,002
Aucune FCS	74,1%	52,3%	<0,01
1 FCS	24,2%	9,3%	<0,002
2 FCS ou plus	1,7%	38,4%	<0,001
Grossesse induite	0,0%	4,7%	NS

Figure 12

4-2. Gestité et parité

La gestité et la parité moyennes lors de la « seconde » grossesse sont respectivement de :

- 3,4 et 1,3 pour les cas
- 3,1 et 1,4 pour les témoins

4-3. Contexte sociologique

Le conjoint est moins souvent le même dans le groupe témoin. Concernant la reconnaissance anticipée, en ne considérant que les dossiers où l'information était présente, il semblerait que le groupe cas y ait plus eu recours. La participation à des séances de PPO n'est pas différente entre les cas et les témoins. La figure 13 regroupe ces informations. Apparaissent en *italique* celles où l'interprétation est difficile (cf page 29 "Eléments incomplets pour une étude exhaustive").

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Lieu de prise en charge identique	84,5%	59,4%	<0,001
<i>Conjoint identique</i>	<i>96,2%</i>	<i>81,5%</i>	<i><0,02</i>
<i>Reconnaissance anticipée faite</i>	<i>100%</i>	<i>50,0%</i>	<i>Tendance</i>
<i>PPO</i>	<i>72,0%</i>	<i>57,6%</i>	<i>NS</i>

Figure 13

4-4. Délai entre les grossesses

Le délai moyen entre 2 grossesses est significativement plus court chez les cas, et ce quel que soit le terme de l'IMG, et qu'un fœticide ait été réalisé ou non.

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Délai moyen entre 2 grossesses (mois)	15,3	42,1	<0,0001

Figure 14

77,6% des grossesses ont lieu dans un délai inférieur à 18 mois pour les cas, contre 23,4% dans la population témoin ($p<0,001$), et pour 27,6% des grossesses des cas l'intervalle est inférieur à 6 mois, contre 3,7% chez les témoins ($p<0,001$). Ceci est représenté figure 15 : les courbes de Gauss (en noir) ont un centrage très différent et celle des témoins a une plus grande étendue. Les délais entre les grossesses ont été regroupés par tranches de 9 mois.

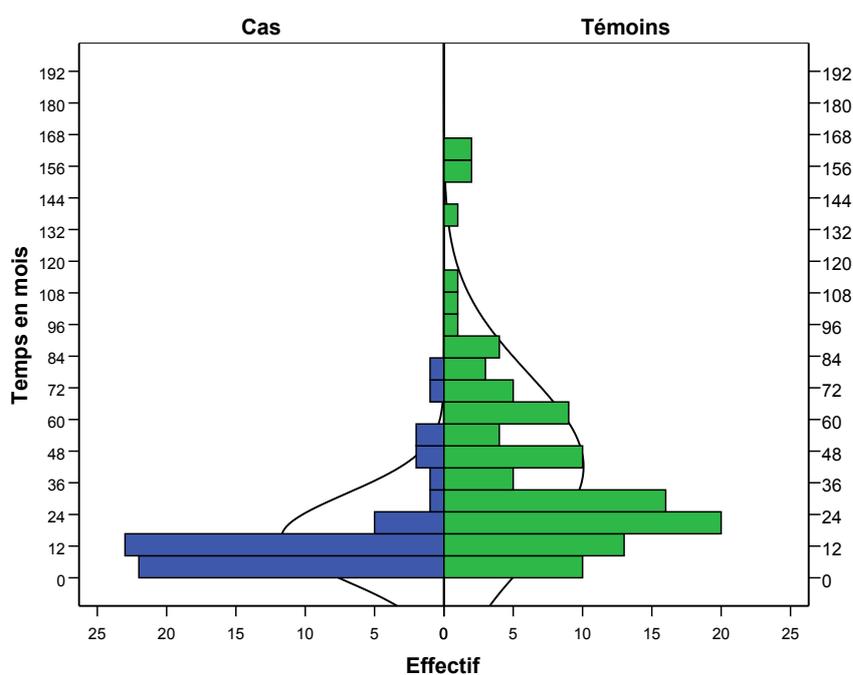


Figure 15

4-5. Suivi par la sage-femme à domicile

43,1% des cas ont été suivis pendant leur grossesse par une sage-femme à domicile, contre

20,6% des témoins ($p < 0,005$). Les motifs de suivi sont représentés figure 16. Seul le suivi pour antécédent est significativement différent ($p < 0,001$). On remarque une tendance pour les suivis de RCIU et de diabète dans le groupe cas ($p = 0,05$ et $p = 0,08$), 6 patientes ont été suivies pour 2 motifs. Seul le motif principal a été retenu.

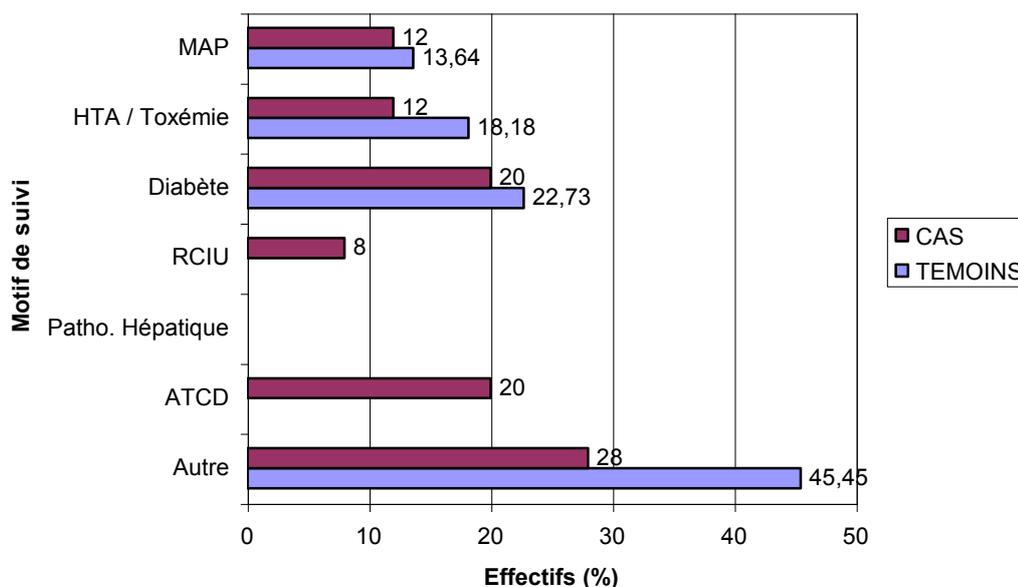


Figure 16 : Répartition des motifs de suivi à domicile chez les cas et les témoins

4-6. Echographies et consultations

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Nombre moyen d'échographies	5,1	3,7	<0,001
Nbre moyen de consultations d'urgence	1,1	1,2	NS
Nbre moyen de consultations prévues	7,9	7,7	NS

Figure 17

4-7 Double test et amniocentèse

- Double test

	Cas n=58	Témoins n=107	p
OUI	87,9%	72,9%	<0,05
NON	6,9%	19,6%	<0,05
NON PAR REFUS	5,2%	7,5%	NS

Figure 18

- Amniocentèse

	Cas n=58	Témoins n=107	p
OUI	12,1%	11,2%	NS
NON	82,7%	87,9%	NS
NON PAR REFUS	5,2%	0,9%	Tendance

Figure 19

La répartition des motifs d'amniocentèse selon les cas ou les témoins s'effectue comme indiqué figure 20.

	Cas n=7	Témoins n=12	p
Age maternel	0%	25%	NS
Signes échographiques	14,3%	8,3%	NS
Dosage sanguin	14,3%	50%	NS
Antécédents	71,4%	16,7%	<0,02

Figure 20 : Répartition des motifs d'amniocentèse

4-8. Hospitalisation

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Patiente hospitalisée	17,2%	9,3%	NS
Durée moyenne d'hospitalisation	11,6 j	10,3 j	NS
Nombre moyen d'hospitalisations	1,1	1,0	NS
Pathologie n'ayant pas nécessité d'hospitalisation	15,5%	18,7%	NS

Figure 21 : Hospitalisation des patientes

Aucune différence significative n'est retrouvée dans les motifs d'hospitalisation des cas et des témoins, à savoir, par ordre de fréquence : la toxémie (25% des motifs d'hospitalisation), la RPM et l'oligoamnios (15%), la MAP (15%), le diabète, gestationnel ou non (10%), et les pathologies hépatiques (5%). Les 30% restants sont des motifs autres. 2 patientes du groupe témoin n'ont pas fait suivre leur grossesse.

5- L'accouchement

5-1. Age gestationnel

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Age gestationnel moyen	38,3 SA	39,1 SA	<0,05
Prématurité	19,0%	9,3%	Tendance forte
Si prématurité : consentie	63,6%	50%	NS

Figure 22 : Prématurité

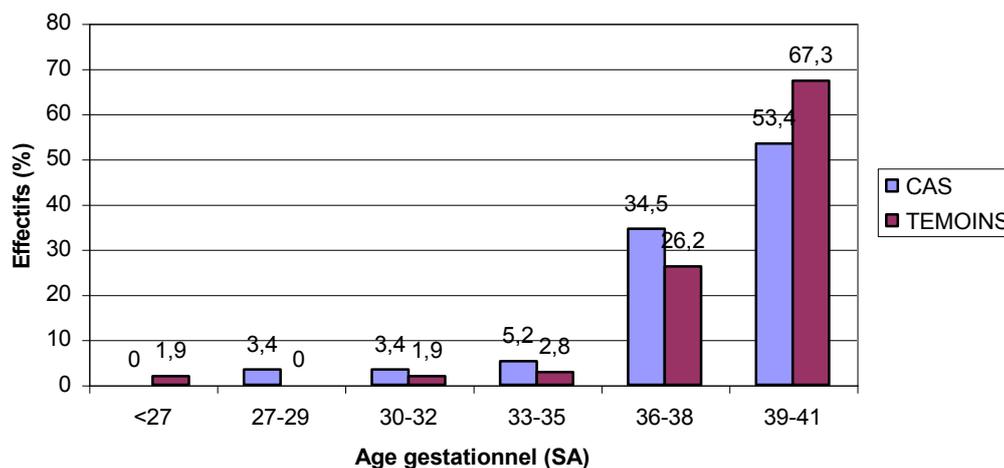


Figure 23 : Taux d'accouchements dans chaque tranche d'age gestationnel

On ne retrouve pas de différence significative entre les tranches d'age gestationnel, seulement une tendance pour les témoins à plus accoucher au-delà de 39 SA que les cas.

5-2. Déroulement du travail et mode d'accouchement

Cas	Témoins	p
-----	---------	---

	n=58	n=107	
Travail spontané	60,3%	63,6%	NS
Déclenchement	25,9%	30,8%	NS
Césarienne prophylactique	13,8%	5,6%	Tendance
Césarienne en cours de travail	1,7%	3,7%	NS
Taux global de césarienne	15,5%	9,3%	NS
Durée moyenne du travail	5,8 h	5,1 h	NS
Stagnation	22%	10%	<0,05
Durée moyenne des efforts expulsifs	16 min	10 min	<0,001
AVB naturelle	77,6%	87,9%	Tendance
Extraction instrumentale	6,9%	1,9%	Tendance
Accouchement à domicile	0,0%	0,9%	NS

Figure 24

Les motifs de césarienne se répartissent comme indiqué figure 25. Il n'y a aucune différence significative entre les indications des cas et des témoins.

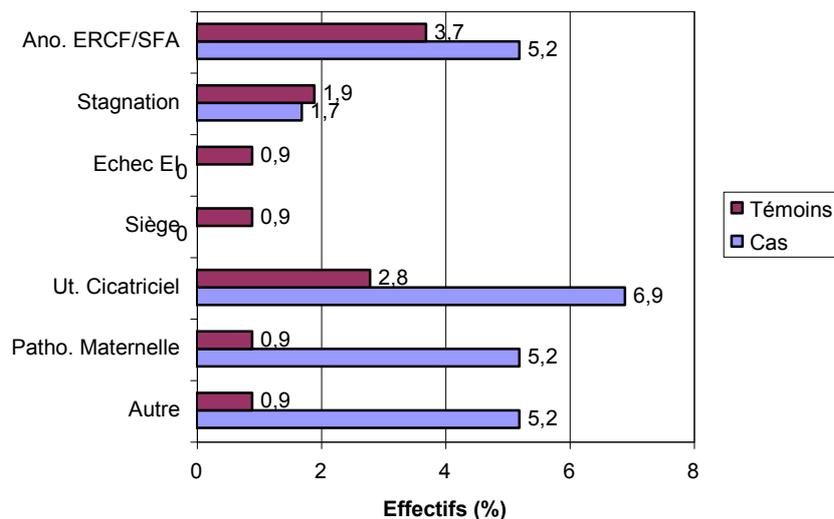


Figure 25

Aucune différence n'a été retrouvée concernant le type de stagnation (dystocie de démarrage ou stagnation de la dilatation).

Les types d'analgésie ne sont pas significativement différents entre les deux populations.

Analgésie					
	Aucune	APD	Rachi	AG	Autre
Cas (n=58)	27.6%	51.7%	6.9%	8.6%	5.2%
Témoins (n=107)	35.5%	51.4%	6.5%	6.5%	0.0%
p	NS	NS	NS	NS	NS

Figure 26

L'item "autre" correspond aux patientes ayant eu plusieurs types d'anesthésie ou une pompe à morphine.

5-3. L'enfant

L'ensemble des données concernant l'état de l'enfant à la naissance est représenté ci-dessous.

	Cas n=58	Témoins n=107	p
Sexe masculin	58,6%	41,1%	<0,02
Enfant vivant	100%	99,1%	NS
Poids de naissance moyen	3105g	3218g	<0,02
Score d'Apgar moyen à 1 min	9,4	9,6	NS
Score d'Apgar moyen à 5 min	9,8	9,9	NS
Score d'Apgar <7	10,3%	5,6%	NS
Transfert du nouveau-né	13,8%	7,5%	NS
Malformation	8,6%	3,7%	NS

Figure 27 : Caractéristiques néonatales

Aucun couple n'a donné à son enfant le prénom de l'enfant décédé lors de l'IMG.

6- Hémorragie de la délivrance

	Cas n=58	Témoins n=107	p
--	-------------	------------------	---

DA/RU	22,4%	21,5%	NS
Hémorragie de la délivrance	10,3%	7,5%	NS

Figure 28

Il n'y a pas de différence significative dans le type d'hémorragie (légère, moyenne ou grave). Le taux de transfusion en cas d'hémorragie est très similaire dans les deux populations.

7- L'allaitement

55,2% des cas allaitent, contre 62,4% des témoins (p non significatif). On retrouve en revanche une forte tendance à l'allaitement maternel pour les couples appartenant à un milieu social favorisé.

IV- Discussion

1- Représentativité

Les cas représentent l'exhaustivité puisque tous les dossiers de la période concernée ont été étudiés.

Les témoins ne peuvent être comparés à l'ensemble de la maternité en l'absence de base de données. Cependant, au regard des résultats de l'Enquête nationale périnatale de 2003 réalisée par l'INSERM [38], l'échantillon semble représentatif en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques (catégories socio-professionnelles (mère et père), ...), le dépistage de la trisomie 21 par le double test, l'amniocentèse, le pourcentage de grossesses induites, le taux de mise en travail spontané et le taux global d'allaitement maternel. Le taux de césarienne est très différent dans l'enquête nationale périnatale (20,2%). Le taux de patientes hospitalisées dans notre étude est légèrement inférieur à celui de l'INSERM mais la durée d'hospitalisation est supérieure de 3 jours. Globalement, notre population témoin semble représentative de la population nationale.

2- Éléments incomplets pour une étude exhaustive

- Concernant la situation professionnelle, il est souvent difficile de rattacher la profession indiquée dans les dossiers à la classification de l'INSEE.
- La durée de vie commune des couples n'était pas évaluable. Nous n'avons par conséquent

pas pu définir si les couples récents avaient plus de risques de se séparer.

- Les données de l'IMG (ou de la grossesse précédente) sont parfois manquantes, surtout lorsqu'elle s'est déroulée dans un autre lieu que le CHU, les dossiers complets n'ayant pas toujours été transmis. Ceci explique des taux parfois importants de données « non renseignées ».
- Le nombre de consultations prévues est particulièrement difficile à évaluer puisque beaucoup de femmes font suivre leur grossesse par leur médecin traitant ou leur gynécologue de ville, et ne consultent au CHU que pour les 8^{ème} et 9^{ème} mois.
- Pour la nouvelle grossesse, il est très rare de trouver l'information « suivi psychologique » (indiquée dans à peine 10% des dossiers). L'absence de renseignement peut signifier qu'aucun suivi psychologique n'est en cours mais aussi que la question n'a pas été posée. Cet élément de l'étude était donc ininterprétable. Il a également été impossible de déterminer le nombre de fois où un psychologue a été rencontré.
- Dans 30% des dossiers, il fut impossible de déterminer si le conjoint était le même que pour la grossesse précédente.
- Le défaut d'information concernant la reconnaissance anticipée atteint 70%.
- Les informations sur la participation à des séances de PPO étaient absentes dans 49% des dossiers.
- Dans de nombreux items, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit des motifs de suivi ou d'hospitalisation, nos effectifs sont très faibles et les interprétations sont par conséquent difficiles (par exemple, seulement 2 patientes ont été suivies pour RCIU et 12 pour diabète gestationnel ou préexistant).

3- Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

La différence de "niveau" social entre les cas et les témoins s'explique par un meilleur accès à l'information dans les milieux aisés, et par conséquent un recours plus fréquent au diagnostic anténatal. L'analyse de la situation lorsqu'une IMG s'avère possible est ainsi facilitée par le niveau d'études. Il en est de même pour l'allaitement maternel.

Le taux d'antécédents de pathologie vasculaire pour les cas peut être mis en relation avec le nombre d'IMG pour motif maternel. Ces patientes sont alors sensibilisées au risque d'altération des échanges fœtaux-maternels lors d'une seconde grossesse, ce qui peut expliquer qu'elles fument moins pendant leur grossesse que les patientes témoins.

46,5% des couples ont choisi de donner un prénom à l'enfant décédé alors que cela

était rendu possible dans 67,3% des IMG (terme > 22 SA). De plus, la part de "don du corps" (58,6%) lors de la prise en charge de l'enfant est nettement supérieure au nombre d'IMG <22 SA (32,7%). La réalisation d'obsèques par la famille aurait donc pu être possible dans près de 26% des cas. La place accordée à la grossesse aboutissant à un décès n'est donc pas si facile à définir et nécessite une prise en charge personnalisée.

24,2% des toutes premières grossesses des cas aboutissent à une FCS. C'est un peu plus que le taux de 19,1% retrouvé par Debby et al. en 2003. En revanche, notre taux de FCS chez les témoins est anormalement élevé: 47,7% d'entre eux ont fait au moins une FCS entre les deux grossesses, pour un taux de FCS dans la population générale française de 15 à 20% [40]. Notre étude comporte très probablement un biais dans le recrutement des témoins qu'il nous a été impossible d'identifier malgré des recherches épidémiologiques.

Pour le suivi de la grossesse, 84,5% des patientes du groupe cas sont revenues dans le centre hospitalier où l'IMG s'était déroulée. On peut supposer que la qualité de la prise en charge et la connaissance d'un médecin averti de leurs antécédents sont des facteurs majeurs dans ce choix.

Nous retrouvons dans notre étude un délai moyen entre les grossesses de 15,3 mois. Ceci est en corrélation avec les résultats de Debby et al. (15,9 mois). L'impact psychologique de l'IMG sur les couples est très vraisemblablement le même quel que soit le terme et qu'il y ait eu foeticide ou pas, puisque ces deux critères n'influencent pas le délai entre deux grossesses. Notre étude confirme également les résultats de Dedecker et al.: l'IMG est un facteur de risque de grossesses rapprochées.

L'absence de différence dans le nombre moyen de consultations entre les cas et les témoins est probablement corrélée au grand nombre de patientes de la population cas ayant été suivies par une sage-femme à domicile. En effet, la mise en place de ce suivi permet de mieux dépister les patientes pour lesquelles des consultations en milieu hospitalier seraient nécessaires, et limite ainsi les consultations d'urgence "abusives". En terme de dépistage également, l'antécédent d'IMG semble amener les praticiens à être plus vigilants quant à la réalisation du double test (87,9% des cas contre 72,9% des témoins; $p < 0,05$). De même, le nombre d'échographies, exploration immédiatement rassurante aussi pour le couple que pour le praticien, est significativement plus élevé chez les cas. Les taux d'amniocentèse sont similaires dans les deux populations mais les motifs de recours diffèrent. En effet, elles sont plus souvent réalisées d'emblée pour motif d'"antécédent" chez les cas.

Concernant la prématurité, la différence entre les cas et les témoins est à la limite de la significativité (19% contre 9,3%; $p = 0,06$). Nous sommes cependant en accord avec les résultats de Debby et al. (16,4% de prématurité) et nos résultats tendent à confirmer ceux de Dedecker et al., Smith et al., Conde-Agudelo et al., à savoir que les risques de prématurité augmentent en cas de grossesses rapprochées.

Pendant le travail, les patientes cas présentent plus fréquemment des phases de stagnation. De même, on observe chez les cas une phase d'expulsion significativement plus longue. Il est cependant impossible de déterminer si la cause est obstétricale ou psychologique. En ce qui concerne le mode d'accouchement, notre taux global de césarienne

chez les témoins est de 9,3%, ce qui est nettement inférieur aux moyennes nationales et des Pays de la Loire [48]. Là encore, il s'agit probablement d'un biais.

Le nombre d'enfants de sexe masculin est plus important chez les cas ($p < 0,02$). Nous sommes vraisemblablement dans le pourcentage d'erreur que nous autorise notre intervalle de confiance. Les enfants des patientes cas ont un poids moyen inférieur à celui des témoins. Cela se rapproche des conclusions de Seidman et al. ainsi que de Conde-Agudelo et al. quant aux petits poids de naissance.

Notre étude s'est basée sur des données présentes dans le dossier obstétrical. Il nous est donc impossible de savoir si l'enfant est toujours en vie ou si une malformation a été dépistée après la sortie de la maternité. Ceci explique sans doute pourquoi nous n'avons pas retrouvé de différence significative en terme de malformations (Hansen et al.), de RCIU (Conde-Agudelo et al.) ou de mort périnatale (Smith et al.; Seidman et al.). Néanmoins, notre étude a pu confirmer certains résultats précédemment établis, comme le délai court entre les grossesses, le risque de prématurité et de poids de naissance plus faible chez les patientes ayant eu un IMG.

TROISIEME PARTIE :
APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

I- Généralités sur la mort et le deuil

1- Définitions

"Deuil" est un terme polysémique.

Il désigne tout d'abord l'état dans lequel nous met la perte d'un être cher (« être en deuil »). La mort donne au deuil des caractères particuliers mais elle n'en est pas la seule cause.

« Le deuil est [...] la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. ».

Freud, Deuil et mélancolie, 1915. [4]

Le deuil est ensuite l'ensemble des comportements et conduites sociales, individuelles et collectives, commandées par la mort d'une personne ayant une certaine importance sociale (« porter le deuil ») [6].

Enfin, on appelle « deuil » le processus d'adaptation aux différentes pertes qui surviennent dans notre vie (« faire son deuil ») [43]. Cela désigne le travail psychique pour accepter la réalité de la perte, et y faire face. C'est un travail de long terme, pour lequel on ne peut fixer de durée théorique. Tout comme la mort il est universel mais a une forte connotation culturelle. Ce travail s'élabore progressivement et se fait autour de la séparation d'avec l'autre. Le deuil est un traumatisme psychique qui se construit en réaction à la perte de la personne, du lien que l'on avait pu établir. Il est source de déséquilibre, de déstabilisation et peut parfois révéler certaines fragilités que l'on portait en nous.

Le deuil doit remplir une fonction psychique définie, qui consiste à établir une séparation entre les morts d'un côté, les souvenirs et les espérances de l'autre. Le résultat une fois obtenu, la douleur s'atténue, et avec elle s'atténuent le remords, les reproches que l'on s'adressait à soi-même [4].

2- Les étapes du deuil

Les différents processus de deuil se chevauchent, l'un débutant avant que l'autre ne soit achevé, mais ils ne se recouvrent pas et ils se déroulent dans un ordre déterminé [7].

2-1. L'état de choc

Les premiers temps du travail de deuil sont marqués par un état de choc qui intéresse l'ensemble de l'individu : son corps, sa vie psychique, son activité et sa vie relationnelle. On constate un abattement, un état de consternation, voire même d'asthénie. Ce traumatisme

psychique est plus ou moins brutal selon que l'on ait pu être préparé ou non à la perte.

Différents types de réactions sont possibles au cours de cette phase, notamment le refus de la réalité, la dénégation. Ce refus est incomplet (il y a toujours une prise en compte relative de la réalité) et normalement provisoire; il permet de garder espoir. Il est souvent associé à l'absence de parole et à une retenue des émotions. Cette période de dénégation donne parfois une impression d'insensibilité car elle ne laisse pas de place pour la décharge émotionnelle. De plus, dans nos sociétés urbaines occidentales, la tendance est à la retenue, en particulier pour les hommes. On a souvent besoin d'une « autorisation » à se laisser aller, alors que les pleurs constituent un excellent moyen pour partager ses émotions avec les autres, permettre le soulagement et l'apaisement.

Cette période de déni peut secondairement laisser place à la révolte et à la colère. La perte d'un être cher provoque une grande frustration. La colère, violent antidote à la tristesse, emporte certaines personnes et les empêche de rentrer véritablement dans le deuil. La colère est dirigée contre tous (le corps médical, la famille, le défunt...). Elle touche aussi Dieu pour les croyants : « Pourquoi m'as-tu abandonné ». Il peut y avoir crise religieuse et rupture des liens. La colère gronde et englobe le monde. Les histoires se croisent et se ressemblent. Toutes parlent d'injustice, d'inhumanité et du sentiment de victime impuissante.

Durant les premières heures, les tous premiers jours du deuil, l'endeuillé est bien souvent incapable de s'occuper correctement de lui-même. L'entourage revêt alors une importance capitale, notamment par la présence, le contact physique et affectif, les attentions bienveillantes.

2-2. L'état dépressif du deuil

Cette étape centrale est constituée par une authentique dépression qui s'installe plus ou moins rapidement après la survenue du décès ou de la perte, et qui peut durer plusieurs mois voire d'avantage (des années dans les deuils compliqués et pathologiques). Elle est associée à une douleur intérieure importante, un désintérêt pour soi-même et pour les autres généralement accompagné d'un repli sur soi. On observe parallèlement une absence de désir, de motivation, de projet.

Des troubles somatiques peuvent apparaître : troubles alimentaires, du sommeil, apparition de maladies...ce tableau se rapprochant alors de l'état mélancolique.

Les sentiments d'abandon, de solitude et de manque prédominent largement et l'endeuillé se coupe peu à peu du monde, finissant par se retrouver seul, renforcé dans son sentiment de solitude.

On note aussi un sentiment de culpabilité plus ou moins important selon les situations avec cette idée obsédante que le drame aurait pu être évité.

Il est nécessaire que chaque souvenir du défunt, bien souvent idéalisé, soit associé à l'idée de la disparition, ce qui entraîne à chaque fois tristesse et nostalgie. C'est un travail de détachement progressif qui nécessite de travailler par petites étapes, d'où l'importance du temps.

2-3. La période de rétablissement

Le troisième et dernier temps du deuil est celui du rétablissement (on parle aussi d'acceptation ou d'adaptation). La dépression va disparaître au fil du temps et l'endeuillé recommence peu à peu à faire des projets. La personne disparue n'est plus seulement source de chagrin; on peut penser à elle avec plaisir. On la laisse s'installer dans la mémoire plutôt que dans la maison. La douleur est apaisée et un sentiment de soulagement apparaît tandis que la culpabilité disparaît. Le souvenir est constructif et non plus destructif. Mais même après un deuil normal, il existe une certaine reviviscence des souvenirs accompagnés de tristesse au moment de la date anniversaire de la perte.

La fin du deuil se manifeste essentiellement par la capacité d'aimer de nouveau et de créer de nouveaux liens objectaux. Mais il peut exister des tentatives d'investissements prématurés et précipités (objet de remplacement) qui entraînent l'arrêt du travail de deuil et sont loin de signifier son achèvement.

3- Le deuil pathologique

Le travail de deuil peut prendre quelques semaines à quelques années. Cependant, il arrive quelquefois que ce travail de deuil ne se fasse pas convenablement et sa durée anormalement longue nous amène alors à parler de deuil pathologique. Ces désordres psychologiques sont favorisés par notre vie sociale courante, où il n'est pas de bon ton d'éprouver ou d'afficher sa peine afin de la partager avec les autres. La mort est déritualisée [5].

D'une façon générale, c'est la phase de dépression qui n'arrive pas à être surmontée, ou encore la phase de dénégation. L'endeuillé n'arrive pas à se rétablir et se retrouve dans l'impossibilité à réorganiser sa vie, avec une idéalisation constante du disparu.

Il existe différents types de deuil pathologique, que nous allons évoquer brièvement.

3-1. Les deuils névrotiques

Ce sont les deuils pathologiques les plus fréquents. Ils peuvent être hystériques ou obsessionnels.

- Deuils hystériques

Ils se caractérisent par une apparence de normalité cachant une attitude de déni anormalement longue. L'apparition de la dépression est fréquemment retardée. Une des particularités clinique du deuil hystérique est sa durée inhabituelle qui s'étend le plus souvent sur de nombreuses années. L'endeuillé parle pendant des heures au défunt, lui écrit, et se comporte dans sa vie intime et personnelle comme s'il n'était pas mort. On note également un phénomène très présent d'identification au disparu.

La dépression de deuil finit par s'apaiser au bout d'un temps variable.

- Deuils obsessionnels

Ces patients gardent tout en eux. Ils souffrent mais ne manifestent leur chagrin en aucune façon. Souvent, de nombreux reproches sont adressés au médecin, tenu pour responsable de n'avoir pas pu empêcher la mort, à la famille, à l'entourage proche, ce avec plus ou moins d'agressivité. Le travail de deuil est différé car le patient va bloquer tous ses souvenirs, évitant ainsi les émotions douloureuses.

L'agressivité et les reproches obsédants se tournent peu à peu vers l'endeuillé lui-même qui ne pourra s'en sortir que difficilement après une longue période de dépression.

3-2. Les deuils mélancoliques

Ce type de deuil a longtemps été considéré comme le plus fréquent des deuils pathologiques. L'intensité excessive des sentiments de culpabilité est en faveur d'un état mélancolique.

La première différence entre le deuil normal et le deuil mélancolique se situe au niveau du sentiment d'estime de soi. Celui-ci est diminué dans un deuil normal; il est anéanti dans le deuil mélancolique avec une importante haine de soi.

La seconde différence est que dans le deuil mélancolique le patient ignore ce qu'il a perdu car la perte porte sur un idéal, parfois narcissique. C'est la disparition de cet idéal qui conforte le sujet dans son sentiment de responsabilité, et par ce phénomène détruit sa propre estime. On ne note pas forcément d'auto-accusation, mais la dépréciation de soi, l'impression d'insuffisance et d'impuissance par rapport aux autres restent très marquées.

La nature des liens qui unissaient le mélancolique à son défunt est très particulière : il s'agit d'une relation imaginaire, idéalisée, d'une très grande ambivalence et d'une grande dépendance.

A l'image du deuil, la mélancolie termine son cours après un certain laps de temps, sans laisser derrière elle d'altérations apparentes, si ce n'est un risque de récurrence plus profonde à chaque nouveau deuil [42]. La mélancolie ne peut s'achever que si le sujet a réussi à désinvestir l'objet de sa perte et retrouvé l'estime de soi.

Outre les deuils névrotiques et mélancoliques que nous venons d'évoquer, il existe d'autres deuils pathologiques, comme les deuils maniaques ou encore psychotiques. Cependant, leur fréquence de survenue étant sporadique, nous ne les détaillerons pas dans ce mémoire.

II- Caractéristiques du deuil périnatal

La définition médicale d'une perte périnatale est la perte d'un enfant entre 22 SA et un mois de vie. Cependant, pour le psychologue, la perte périnatale ne se définit pas seulement dans le sens médical habituel. Il faut aussi penser aux pertes foetales à tous les stades de gestation, y compris le tout début de la grossesse [5].

Le deuil d'un enfant n'est pas un deuil classique. Si les différentes étapes du deuil restent les mêmes, elles sont cependant marquées par la singularité du défunt : l'enfant.

1- La mort d'un bébé au fil de l'histoire

Le vécu de la mort d'un enfant était très différent il y a quelques siècles. Autrefois résignation, elle est aujourd'hui inacceptable.

Jusqu'au XVI^{ème} siècle, la mort de l'enfant est banalisée. Elle est vécue avec fatalisme, voire même avec soulagement car chaque nouveau-né est une bouche de plus à nourrir.

De plus, la religion est très présente et les croyances permettent d'atténuer le chagrin des familles en donnant une signification positive à la perte d'un tout petit. Les enfants morts sont considérés comme un tribut payé par avance au ciel : une famille qui a perdu beaucoup de nourrissons attend du ciel des grâces particulières en raison de sa contribution élevée à la formation de la cour céleste.

En revanche, les enfants morts avant d'avoir pu recevoir le baptême étaient particulièrement redoutés des vivants. Ainsi, dans l'Allemagne du Haut Moyen-âge, les nouveaux-nés sans baptême étaient fixés au sol par un pieu qui les transperçait afin que leurs âmes ne puissent pas faire de mal aux vivants...

A partir du XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, les mentalités commencent à changer dans les familles aisées, notamment avec la généralisation du courant romantique de la fin du XVIII^{ème}.

La mort de l'enfant est peu à peu devenue, dans les bourgeoisies du XIX^{ème}, la moins tolérable des morts.

Le décès d'un bébé est aujourd'hui devenu scandaleux, inacceptable [10].

2- Faire coïncider la naissance et la mort

La naissance est souvent une formalité, mais parfois cela devient d'une grande complexité lorsque c'est la mort qui est au rendez-vous [5].

« Était-ce terrible? Je le crois. Précisément ça, cette coïncidence entre sa venue au monde et sa mort. Rien, il ne me restait rien. Ce vide était terrible. Je n'avais pas eu d'enfant même pendant une heure. Obligée de tout imaginer... »

(Marguerite Duras, L'Horreur d'un pareil amour) [9]

Dans le langage courant, « donner la vie » signifie « accoucher ». Le décès de l'enfant signifie-t-il que ces femmes ne peuvent que « donner la mort » ?

Ces femmes, ces couples, parce qu'ils « donnent la mort », ont l'impression d'avoir failli en un lieu essentiel : celui de la transmission de la vie. A ce sentiment d'échec s'ajoute la violence liée à l'inversion de la logique de vie, puisque c'est ici l'enfant qui meurt avant ses parents.

Dépossédées de leur enfant, ces femmes se sentent également dépossédées de leur corps :

« La vérité soudaine m'apparaît : je ne suis pas le corps, je suis la tombe »

(Camille Laurens) [5]

3- Le sentiment profond de culpabilité

Les parents ayant perdu un enfant ont généralement un effondrement de l'estime qu'ils se portent. Ils pensent qu'ils n'ont pas su garder la vie, qu'ils ont mal surveillé, protégé. Ils ne

se sentent pas à la hauteur, voire même de mauvais parents.

Dans le cas d'une IMG, ce sentiment peut être exacerbé par le fait que ce sont les parents eux-mêmes qui autorisent le corps médical à arrêter la grossesse. Certains parlent d'une mort « sur ordonnance ». Les difficultés psychologiques ont d'autant plus de risques d'apparaître que le terme de la grossesse est avancé au moment de l'interruption et que l'anomalie fœtale était peut-être compatible avec la vie (agénésie du corps calleux par exemple) [30]. De nombreux parents évoquent *a posteriori* le pouvoir important de persuasion des médecins, même de façon involontaire, d'autant plus qu'ils se trouvent face à des couples plongés dans une notoire ignorance, et qui continuent à se demander des années après s'ils ont pris la bonne décision [8].

Et la définition de l'euthanasie faite par nos dictionnaires n'est pas pour les reconforter :

*« Acte d'un médecin qui provoque la mort d'un malade incurable pour abréger ses souffrances et son agonie, **illégal dans la plupart des pays.** »*

Le Petit Larousse 2005

Les mères se reprochent toutes sortes de choses, bien souvent injustifiées : d'avoir trop marché, bu, fumé, fait des courses, des rangements... Quant aux pères, leur souffrance est assez différente de celle de la mère : leur culpabilité porte surtout sur l'échec de la mission de protection de la femme enceinte, qu'ils s'attribuent de façon plus ou moins consciente dès le début de la grossesse. Désarmés par la souffrance de leur femme, ils se sentent également impuissants de ne pouvoir lui apporter le réconfort dont elle a besoin. Ils réagissent plus facilement par la colère, et les responsabilités qui leur incombent (formalités administratives, enfants éventuels, travail) favorisent les réactions de déni.

4- Le sentiment d'amputation d'une partie de soi

On comprendra aisément que ce sentiment est à attribuer plus particulièrement aux femmes. Il est très souvent présent dans le cadre d'une naissance « habituelle », mais dans le cas d'un décès néonatal, il revêt un caractère particulier. En effet, avec la mort de l'enfant, celui-ci n'est ni en elle, ni à côté d'elle[1]. Celui qu'elle a porté lui a été arraché et elle en sera définitivement privée. Cette perte de soi comprend le sens propre, physique du terme, mais aussi le sens psychanalytique, par la blessure narcissique qu'elle entraîne. (Blessure narcissique : détérioration, amputation de l'image idéalisée plus ou moins inconsciente que l'on se fait de soi-même)[13]

La mort est cachée, **expulsée**, effacée de notre vie collective, privée ou publique.

Certaines patientes n'hésitent pas à parler de « deuil du ventre » [8].

5- L'absence de souvenirs communs

Quand des parents perdent un enfant à la naissance ou juste avant, ils perdent quelqu'un qui n'a pas « vécu ». Il devient alors très difficile dans ces conditions de faire le deuil d'« *on-ne-sait-quoi-et-presque-rien* » (Kenzaburo Oe, *Agwi, le monstre des nuages*) [8].

Ce n'est pas la perte d'un passé commun, mais d'un avenir possible.

De même, les parents d'un mort-né par IMG n'ont comme représentation physique de lui que ce qu'ils se sont imaginés à travers l'échographie ou ce que leur ont dit les médecins. Voir le bébé mort permet d'éviter les fantasmes d'un bébé difforme ou monstrueux, ou les remords de ne pas avoir vu ce que la mère a senti en elle pendant plusieurs mois. D'ailleurs, la quasi totalité des parents ayant finalement souhaité voir le corps de l'enfant le trouvaient « *très mignon(ne)* ». [8] On observe en corrélation une nette régression des deuils pathologiques depuis la mise en place du dispositif de photos. C'est en effet une preuve irréfutable qu'il y a bien eu gestation, naissance et vie, même très brève.

Cela peut ainsi leur permettre de faire le deuil de l'enfant imaginaire, mais aussi celui de l'enfant réel. Selon Allouch, moins aura vécu celui qui vient de mourir, plus sa vie sera restée une vie en puissance, plus dur sera le deuil [35].

6- Les difficultés psychologiques à se sentir parents face à la société

La possible non-reconnaissance juridique de l'enfant compromet fortement la capacité des parents à faire leur deuil, et implique l'absence de cérémonies funèbres. Or, ce sont justement ces cérémonies qui témoignent de la solidarité du groupe social et donnent accès au statut d'humain [8].

Il y a de plus aujourd'hui une légitimité médicale et sociale reconnue dans la mort d'un bébé atteint par la maladie, de sorte que les couples revendiquant leur statut de parents se sentent parfois exclus, voire anormaux. Ils sont parents sans enfant, donc sans l'être réellement; ils n'accèdent pas socialement au statut de parents, d'autant qu'ils ont le sentiment d'être incompris par ceux qui n'ont pas traversé une telle épreuve [14].

C'est un véritable isolement qui se met en place autour des parents.

« La mort d'un nouveau-né, à la limite, est un phénomène infra-social; la société, n'ayant encore rien mis d'elle même dans l'enfant, ne se sent pas atteinte par sa disparition et reste indifférente »

(R. Hertz, *Mélanges de sociologie religieuse et folklore*) [5]

Dans de nombreuses sociétés, la mort, et qui plus est la mort des nouveaux-nés, est un tabou.

Tabou est un mot polynésien que l'on peut tenter de traduire par « sacré et impur ». Un tabou implique des interdits, et celui qui viole un tabou devient prohibé à son tour. Ce rejet sociétaire est très fréquemment décrit par les couples ayant commis une faute puisqu'ils ont « violé le tabou ». La mort fait partie des plus anciens tabous et dans de nombreux peuples (Philippines, Nouvelle-Guinée,...) les parents du mort sont systématiquement exclus pendant un temps variable, et le simple fait de les voir constitue une menace de mort immédiate. Certaines tribus vont même jusqu'à s'interdire de prononcer le nom du mort, ou encore à changer le nom de toutes les personnes dont le nom ressemblait à celui du défunt [4].

Toutes ces coutumes de marginalisation nous paraissent démesurées au premier abord, mais n'est-ce pas finalement ce que nous reproduisons d'une certaine façon dans nos sociétés modernes ?

Dans le cas des IMG, lorsqu'une femme met au monde un enfant mort, elle accouche. En accouchant, cette femme accède au statut de mère. Et qu'en est-il de l'homme ? La fonction paternelle est, entre autres, la présentation de l'enfant à la société, d'où l'importance des rites d' « au-revoir », avec notamment la reconnaissance légale du bébé et son inscription sur le livret de famille. Ces démarches sont importantes pour l'homme afin qu'il devienne père de cet enfant-là [5].

7- La place dans la famille

Outre le regard souvent pesant de la société, il est une autre étape difficile à franchir par le couple : la famille. Affronter cet entourage bienveillant n'est pas chose aisée, surtout si l'enfant perdu était le premier pour le couple.

En effet, notre maturation personnelle passe entre autres par l'accession au statut d'égal à nos parents, en devenant parent soi-même. Avec le décès de l'enfant, il y a faillite de ce processus; on n'est toujours que le « fils ou la fille de » alors que l'on espérait devenir « père ou mère de ».

Cette situation est particulièrement difficile à supporter pour la femme, qui se sent atteinte au plus profond de sa féminité qu'elle va bien souvent mettre en doute. Est-elle vraiment une femme puisqu'elle n'a pas su donner la vie ? On remarque fréquemment une idéalisation de sa propre mère avec dans le même temps l'apparition d'une rivalité généralement inconsciente.

III- Vécu de la grossesse suivante

1- La grossesse

1-1. L'annonce de la grossesse

Elle se fait souvent plus tardivement que pour la ou les autres grossesses, le couple ayant pris conscience que ce n'est pas parce qu'une grossesse débute "bien" qu'elle se finira "bien". La réalisation de la première échographie est souvent un moment clé, mais lorsque l'IMG a eu lieu à un terme avancé, certains couples attendent que la grossesse "se voit" pour en faire part aux proches. C'est une première mise à distance.

L'annonce, si elle n'est pas faite au même moment, n'est pas non plus faite aux mêmes personnes: seul l'entourage proche est au courant. Le père et la mère ne réagissent pas forcément de la même façon à cette nouvelle grossesse. L'homme y voit plus volontiers une deuxième chance, alors que la femme retrouve des sensations qu'elle avait pu éprouver lors de la précédente (nausées, fatigue, modifications corporelles...). Ces impressions somatiques sont souvent l'occasion d'une reviviscence douloureuse de la précédente expérience, et la retiennent plus que son conjoint dans l'annonce à l'entourage.

“Au premier, Laurent a appelé toute sa famille pour leur annoncer, mais pour le deuxième, il y en a à qui on ne l'a pas dit. D'ailleurs, pour le deuxième, c'était pas moi qui le disais, c'était tout le temps Laurent; il voulait le dire à ses frères et soeur mais moi je ne voulais pas voir leur réaction.[...] Quand on annonce quelque chose qui a échoué la première fois, ce n'est pas pareil, parce que le plaisir est gâché. ”

Melle D., antécédent d'IMG à 28 SA pour hydrocéphalie et agénésie cérébelleuse

1-2. Le suivi médical

Comme nous l'avons évoqué dans notre seconde partie, le suivi médical mis en place est souvent plus important que pour une autre grossesse, qu'il s'agisse de consultations, d'échographies supplémentaires, ou d'un suivi par sage-femme à domicile. Instauré pour surveiller la grossesse de près et rassurer les couples, ce suivi peut avoir l'effet inverse : l'intensification du stress. En effet, chaque rendez-vous signifie pour le couple qu'il y a bel et bien un risque de récurrence. Néanmoins, la plupart des patientes se déclarent satisfaites du suivi mis en place et reconnaissent que même s'il est source de stress, il les rassure énormément.

Il est important d'insister sur le rôle de l'échographie pendant ces grossesses. L'échographie est un premier contact avec l'enfant qui devient moins imaginaire qu'il ne l'était. Il faut cependant garder à l'esprit que la dernière expérience que ces couples ont pu avoir de l'échographie est celle de l'annonce de la foetopathie ou du foeticide. Les

échographies de cette grossesse vont indéniablement être dans un premier temps source de peurs, d'angoisses et d'appréhensions. Notre approche doit être adaptée à cette situation et un temps particulier doit être pris avec les parents, notamment lors de l'échographie « anniversaire », celle où une anomalie avait été dépistée lors de la dernière grossesse, car beaucoup de souvenirs resurgissent à cette occasion. A posteriori, ces couples ne s'avouent pleinement rassurés que lorsque leur enfant est né et en bonne santé, et ce quel que soit le suivi mis en place.

*« Nous avons attendu la naissance pour s'assurer que Rémi avait bien tout
ce qu'il fallait, où il fallait. »*

Mme F., antécédent d'IMG à 25 SA pour ventriculomégalie et aplasie cérébelleuse.

1-3. L'attachement et l'implication dans la grossesse

La première difficulté qui se présente aux femmes et aux couples est de différencier les deux grossesses. C'est une étape difficile qui peut mettre plusieurs mois à être franchie, notamment si le sexe de l'enfant à venir est le même que celui du bébé de l'IMG. C'est une période de grande confusion qui peut être source de conflits entre les deux membres du couple n'ayant pas obligatoirement la même opinion.

"Je ne garde pas un bon souvenir de ma première grossesse, parce que finalement ma première c'est laquelle? C'est celle de Noa ou celle-ci? Je me dis que je l'ai porté six mois quand même, je l'ai senti bouger. Trois semaines avant l'interruption, il bougeait dans mon ventre, ce n'est pas évident."

Melle D.

"Pour moi cet enfant ne sera pas le deuxième. Ce sera le premier parce que l'autre est une fausse-couche et une fausse-couche ne prend pas la place d'un premier."

Son conjoint

Les femmes enceintes ne parlent que d'un bébé, d'un enfant, et pas de fœtus. Mais pour celles ayant déjà du subir un échec, le terme à employer n'est pas si facile à définir, d'autant plus que l'ambiguïté des sentiments entre la joie d'être enceinte et la crainte d'une nouvelle catastrophe est omniprésente [17]. On remarque fréquemment un attachement moins important à l'enfant et une prise de recul par rapport à la grossesse [16] [18] [21]. Celle-ci est à mettre en rapport avec un phénomène inconscient d'autoprotection dont le principe est simple : moins le couple s'attache à la grossesse, moins il souffrira en cas d'issue défavorable. Il s'agit d'une anticipation de deuil. Ces femmes ont perdu la naïveté et l'insouciance des femmes enceintes [20]. La grossesse est « moins heureuse », et il arrive que les autres femmes enceintes elles-mêmes soient jalousees. Ainsi, Melle D. a attendu 7 mois de grossesse avant

de commencer les séances de préparation à l'accouchement : « *Je ne voulais pas les voir avec leurs gros ventres* ».

L'anxiété de ces femmes peut se traduire somatiquement : douleurs abdominales, nausées, troubles du sommeil... La mort du bébé est même parfois envisagée [21].

Les préparatifs et les achats sont débutés plus tardivement, généralement une fois que la date anniversaire du diagnostic ou du décès est passée, et avec elle apparaissent les projets. Ces femmes ont également d'avantage tendance que les autres à parler en semaines d'aménorrhée, et non en mois [21].

La grossesse peut également être marquée par des rêves ou cauchemars portant sur la santé de l'enfant, son apparence, ou encore sur ce qu'il adviendra de lui. Des patientes d'une enquête sur les grossesses après une IMG décrivaient des cauchemars de type persécuteur : des inconnus viennent voler l'enfant et, au lieu de les poursuivre, les parents restent passifs [34]. L'enfant imaginaire qui se crée dans l'esprit de ces couples se réduit bien souvent à un enfant en bonne santé, ayant plus ou moins de points communs avec le premier bébé décédé.

L'implication de la famille dans la grossesse est souvent différente de la (ou des) première(s) fois. Elle peut faire preuve d'un soutien important, ou au contraire, s'en désintéresser. On évite de parler de la grossesse ; certains ont même du mal à comprendre pourquoi essayer de « recommencer » après ce qu'il s'est passé.

« Pour le deuxième, les gens ont été surpris que je sois retombée enceinte après ce qui m'était arrivé. C'était bizarre pour eux. Ils n'étaient pas heureux et c'est ce qui m'a blessée, que mon entourage le prenne mal. »

Melle D.

Les retenues tombent une à une avec le bon déroulement de la grossesse, et ce d'autant plus facilement que l'on rentre dans la période de gestation que l'on n'avait pas connu la dernière fois. Les primipares peuvent découvrir ce dont elles avaient été privées et les multipares peuvent retrouver des sensations déjà connues.

En résumé, lorsqu'on demande à ces femmes de définir leur sentiments pendant cette grossesse, les plus fréquemment cités sont : l'anxiété, la nervosité et la peur [22].

Lorsqu'on s'intéresse à ce que vivent leurs conjoints, les mêmes mots reviennent, avec en plus un besoin très fort de protéger leur compagne et de s'investir dans la grossesse plus qu'ils ne l'avaient fait précédemment [15].

1-4. La fratrie

Les aînés ne doivent pas être négligés. Ils peuvent se sentir coupables d'avoir souhaité la mort du précédent bébé. Ils peuvent alors montrer une indifférence surprenante pour cette grossesse, de peur que leurs mauvaises pensées ne rendent de nouveau leurs parents très tristes. Mais ils peuvent également éprouver un sentiment de toute puissance puisque le premier bébé dont leurs parents parlaient tant, et qui prenait de plus en plus de place, a bel et

bien disparu, tout comme ils l'avaient espéré. Lorsqu'une seconde grossesse survient, il convient donc d'être particulièrement vigilant aux manifestations d'agressivité des aînés pour ce bébé qu'ils ont réussi à chasser une première fois et qui est revenu malgré tout [3].

1-5. Rôle de cette grossesse

La grossesse suivante permet de se reconstruire, puisque la perte d'un enfant lors d'une IMG est la perte d'une partie de soi au sens propre du terme [2]. Elle a plusieurs fonctions pour le couple. Dans le cas où cet enfant sera le premier vivant, c'est pour les parents une façon de se prouver à eux-mêmes et aux autres qu'ils ne sont pas anormaux. Ils peuvent arriver à faire ce que tout le monde a su faire sauf eux, et devenir parents au sens « classique », conventionnel. Elle permet également de relancer le couple dans la vie alors qu'il est quelquefois encore dans la mort. Enfin, la grossesse leur prouve que l'on peut vivre après une mort, même différemment [14]. La venue au monde d'un nouvel enfant est une grande appréhension pour ces couples mais c'est également une grande impatience que de pouvoir donner la vie et ne pas rester sur un échec.

2- Le prénom

Le choix d'un prénom est une étape importante au cours d'une grossesse. Il conditionne l'identité propre de chaque individu. Mais dans ces grossesses où la question de l'identité pose justement problème, cette étape se complique. On a vu pendant longtemps des nouveaux-nés porter le prénom de leur défunt aîné, ceci afin d'assurer la survie de la lignée [10]. L'esprit du mort était également censé protéger le nouveau-né qui est parfois considéré comme sa réincarnation. La religion ayant perdu une grande part de son influence dans nos sociétés, cette coutume est peu à peu tombée en désuétude et signe aujourd'hui un deuil inachevé. On peut cependant noter qu'une coutume primitive très répandue est de ne pas prononcer le nom du mort. Dans ce sens, donner à son enfant le nom du défunt peut être considéré comme le franchissement d'un cap et la fin du deuil [4]. Le nouveau-né pouvait aussi recevoir le prénom de René, du latin re-natus, "celui qui naît à nouveau" [36], ou encore de Rémi (re-mis).

Il est fréquent d'avoir, avant même de débiter une grossesse, un prénom que l'on aime et que l'on souhaiterait donner à notre enfant. Si le sexe de l'enfant à naître est différent de l'enfant décédé, les difficultés pour trouver un prénom sont peu fréquentes. En revanche, lorsqu'il s'agit du même sexe, deux situations sont à envisager. Si le "beau" prénom a été donné au bébé de l'IMG, certains parents expriment des regrets vis à vis de ce prénom qu'ils ont "gâché", puisqu'il ne sera finalement presque jamais utilisé. On le retrouve parfois en deuxième prénom du nouveau-né. Si le "beau" prénom n'a pas été donné, des hésitations peuvent tout de même apparaître: pourquoi ce bébé mérite-t-il plus que l'autre de s'appeler ainsi? Porte-t-il malheur puisque celui à qui il était destiné est mort?

On peut se demander si ce prénom tant désiré n'est pas de toute façon perdu...

3- La naissance

Les femmes reviennent presque toutes accoucher dans la maternité où elles ont été confrontées au décès de leur précédent enfant [9]. Pour les couples n'ayant pas d'autre enfant que celui de l'IMG, l'état et le lieu de maternité seront inéluctablement associés à la mort [1]. La douleur enfouie peut se réactiver à l'occasion de la naissance et la plus grande vigilance est de rigueur quant à l'état psychologique de la patiente au moment de l'accouchement. Le fils de Camille Laurens, Philippe, n'a pas survécu à son extrême prématurité. Il est décédé le jour même de sa venue au monde. Lors de la naissance de son deuxième enfant, voici ce qu'elle décrit [5]:

"Lorsqu' Aube est née, [...] pendant plusieurs mois j'ai lutté contre une grave dépression [...]; puisque j'avais enfin donné la vie je ne pouvais que mourir moi-même. La première fois, Philippe était mort, j'avais survécu, il fallait donc que ce soit l'inverse, je ne pouvais pas à la fois donner la vie et la garder."

Ce malaise est fréquent et le lien mère-enfant doit être attentivement surveillé et favorisé afin d'éviter l'apparition de dépression du post partum ou de psychose puerpérale.

IV- La place de l'enfant

1- Son histoire

Informé de ce qui s'est passé avant lui est très vraisemblablement la meilleure chose à faire afin d'éviter des non-dits et la mise en place d'un lourd secret de famille. Cependant, dire n'est pas forcément tout dire. La plupart des parents s'en tiennent à expliquer que la grossesse d'avant ne s'est pas bien passée, que le bébé était très malade et qu'il n'a pas pu naître. En effet, il semble difficile de faire apparaître les parents comme des personnages tout-puissants et dangereux, qui décident de la vie et de la mort des fœtus qu'ils ont eux-mêmes conçus. Il faut également être prudent lorsque l'aîné de la famille est atteint de la maladie qui fut la cause de l'IMG. Les relations dans la fratrie peuvent se révéler conflictuelles entre enfants sains et "malades", les "choisis" et les "non choisis", d'où encore une fois une certaine réserve à reconnaître que ce sont les parents qui décident de l'IMG [5].

2- L'enfant de remplacement

"Je ne veux pas d'un autre. Je veux le même. Je veux LUI."

Camille Laurens, Philippe [35]

Un couple désire un enfant. La grossesse survient mais doit être interrompue pour le "bien" de l'enfant ou de sa mère. Les rêves et les espoirs investis dans cet enfant s'effondrent et le travail de deuil s'avère difficile. Pour "colmater" ce deuil, concevoir un autre enfant semble la seule solution. Ce sera un enfant de remplacement, et il véhiculera toute sa vie l'image du deuil parental [12] [35]. Tout enfant né après la mort d'un aîné et dont le deuil n'a pu être fait est un enfant de remplacement, dans la mesure où il est investi des attentes et des fantasmes projetés par les parents sur l'enfant décédé. *"Deuil sans fin de ces parents pour qui un autre enfant n'est vraiment là que pour être le double du mort"* [13]. Remplacer un enfant par un autre permet aux parents de nier en partie la mort du premier, comme le décrit C. Squires : *"Alors que le deuil est le plus souvent marqué par le retrait libidinal dans un contexte dépressif, dans le cas d'une grossesse rapprochée, la volonté d'enfanter sans un temps de réparation peut apparaître comme un passage à l'acte à visée réparatrice en refoulant les affects douloureux."* [35].

Dans le cas d'une IMG, l'enfant décédé n'a jamais eu d'identité à lui en réalité, mais pour cette raison même, une identité idéale fut créée dans la vie psychique de ses parents. Il aurait été l'enfant parfait. Il aurait tout réussi, et en particulier là où le second échoue, l'autre, le mort, aurait connu le succès. Le non-né aurait sans doute été plus sage, plus attentif,... Confronté à l'idéal de perfection inaccessible, le survivant ne pourra que décevoir, et sa réussite sera inconsciemment perçue comme une attaque contre la mémoire du mort et une tentative de prendre sa place dans l'affection de ses parents [12]. La concurrence avec l'enfant mort est impossible; le vivant est toujours perdant.

"Rompre avec les choses réelles, ce n'est rien: mais avec les souvenirs..."

René de Chateaubriand, La Vie de Rancé

L'enfant de remplacement ne peut exister par lui-même car il va devoir jouer un rôle qui n'est pas le sien. Il va être condamné à un non-être puisque revêtu de la personnalité de celui qu'il doit remplacer, et assurer son rôle complet de remplaçant impliquerait sa disparition. Les problèmes de personnalité peuvent être lourds pour ces enfants à travers lesquels on ne cessera de voir l'autre. On pense par exemple à Salvador Dali, né exactement neuf mois et dix jours après le décès de son frère appelé Salvador, et qui explique ses excentricités comme un moyen de se différencier de son frère aîné mort et de prouver sa propre existence [35].

De nombreux artistes sont d'authentiques enfants de remplacement : Vincent Van Gogh, René de Chateaubriand, Ludwig Van Beethoven... tous portent le prénom de leur aîné

décédé. Camille Claudel, elle aussi enfant de remplacement, se faisait couramment appeler l'"usurpatrice" par sa mère, endeuillée par la mort de son petit garçon [12]. On notera que ce n'est pas tant le sexe de l'enfant qui joue un rôle primordial, mais plutôt la place de l'enfant dans le psychisme des parents [13]. Mais toutes les mères n'éprouvent pas forcément de rancœur vis à vis de cet enfant. Elles peuvent également être hyperprotectrices . On connaît bien aujourd'hui le rôle néfaste de telles mères sur le développement affectif de leur enfant qu'elles empêchent, bien involontairement, d'accéder à l'autonomie adulte. Une telle mère attend de son enfant une totale soumission et des compensations à des insatisfactions affectives profondes. Ce « maternalisme » n'est pas sans conséquences. Happés par leur mère, ces enfants, même s'ils réussissent brillamment dans la vie, se verront incapables de prendre leurs propres décisions [12].

Terminons sur une question fondamentale qu'est en droit de se poser un enfant dont l'aîné est décédé: serait-il né si l'autre n'était pas mort? Il est difficile pour un enfant de se dire que c'est "grâce" à la mort de son frère ou de sa soeur que lui est là aujourd'hui. Le sentiment de culpabilité peut être très lourd à porter et il convient de sensibiliser les parents à cette question qu'ils ne pourront sans doute pas éviter. C'est ce qu'ont demandé à leur mère les deux enfants qu'elle avait eu après avoir perdu ses deux filles. Sa réponse fut la suivante:

"J'espère bien, mais je n'en sais rien!"

Geneviève Jurgensen [13]

Vivre en ayant le sentiment d'usurper une place dans le monde des vivants est un fardeau bien trop lourd à porter pour quiconque, qui plus est un enfant. Informer les parents de l'existence de ce problème est la meilleure façon de prévenir son impact sur le nouvel enfant à venir [12].

QUATRIEME PARTIE :
RÔLE DE LA SAGE-FEMME

I- L'IMG

Une prise en charge documentée de l'IMG permettra aux parents d'être sereins quant à leur décision et facilitera leur travail de deuil. Outre les aspects techniques et juridiques que la sage-femme se doit d'être en mesure d'expliquer, l'accompagnement psychologique a une place capitale. Pour cela, il importe de leur laisser le temps d'accepter la situation, et d'être à leur écoute. La sage-femme qui s'occupe de la patiente en salle de naissance est une inconnue pour le couple puisque la répartition du travail en services cloisonnés est un frein à une prise en charge globale. Le travail à fournir pour aboutir à une relation de confiance sera donc plus important, et la sage-femme ne doit en aucun cas montrer son malaise face à cette situation. Il nous semble d'ailleurs intéressant de noter que des sages-femmes elles-mêmes enceintes peuvent être amenées à s'occuper d'IMG. Est-ce très judicieux, non seulement pour la sage-femme, mais aussi pour les parents, puisque leur interlocuteur symbolise tout ce qu'ils sont en train de perdre ?

II- La grossesse d'après

Lors des consultations, la sage-femme peut être amenée à effectuer le suivi de la grossesse d'une patiente ayant eu une IMG. Ce suivi relève de sa compétence à condition qu'elle ne présente pas de pathologie antérieure. De même, si une pathologie est dépistée, la sage-femme se doit d'adresser la patiente à un médecin. C'est d'ailleurs fréquemment à lui que s'adressent ces patientes en première intention. En revanche, elles sont souvent suivies par une sage-femme à domicile en partenariat avec le médecin. Elle est un interlocuteur de choix pour ces femmes puisqu'elle va être amenée à les rencontrer régulièrement pendant la grossesse, parfois plusieurs fois par semaine. Elle assure le suivi médical, et est sans doute la mieux placée pour dépister le mal-être fréquent de ces patientes perdues dans l'ambiguïté de cette grossesse. Sa venue à domicile permet d'obtenir des informations d'ordre psychosocial auxquelles il aurait sans doute été impossible d'accéder. La sage-femme rassure par sa présence et nombreuses sont les patientes déclarant attendre avec impatience le passage de « leur » sage-femme. Elle permet également d'établir un lien avec le lieu d'accouchement. La sage-femme à domicile propose souvent des séances de préparation à l'accouchement. C'est pour les patientes l'occasion de rencontrer d'autres femmes, de s'investir et de vivre la grossesse au même rythme que les autres futures mamans.

III- L'accouchement et le post partum

Comme nous l'avons évoqué auparavant, la naissance est un instant fondateur de la

relation mère-enfant. Là encore, la sage-femme devra être rassurante au cours du travail, sans oublier que ce rôle est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'une « primipare », puisque la seule expérience de la naissance pour cette femme est celle de l'IMG. La confusion entre les deux accouchements, et donc entre la vie et la mort, est possible. La sage-femme doit y être sensibilisée et savoir guider les patientes vers cet accouchement et vers cet enfant.

Elle doit ensuite veiller à la bonne mise en place du lien parents-enfant et dépister d'éventuels troubles psychologiques. Si nécessaire, un suivi à domicile par la PMI ou par une sage-femme à domicile peut être instauré.

La sage-femme a une place indiscutable dans le suivi de ces patientes, que ce soit au cours de l'IMG, pendant ou après la grossesse. C'est un membre à part entière de l'équipe obstétricale à l'intérieur de laquelle le partenariat est indispensable afin de procurer aux patientes un suivi optimal.

CONCLUSION

Un enfant est le support de nos espoirs. Sa perte nous est insupportable, quelle que soit la durée de vie de cet enfant. Lors d'une interruption médicale de grossesse, nous avons pu observer une facilitation des processus de deuil depuis la mise en place des photographies, de la possibilité de voir et toucher l'enfant.

On sait désormais que la grossesse qui suit se fera dans un délai court et qu'elle sera une grossesse à risques : risque de prématurité, risque de plus petit poids de naissance, risque de mort périnatale selon certains auteurs. Si notre étude n'a pas abouti à l'exhaustivité de ces résultats, elle a néanmoins permis de mettre en évidence l'importance du rôle de la sage-femme à domicile dans la prise en charge de ces couples. Il appartient aux professionnels d'informer les femmes de ces risques médicaux, d'assurer un suivi adapté et de leur recommander un délai minimal de six mois avant de tenter une nouvelle grossesse. Le suivi médical accru, rassurant mais également anxiogène pour les couples, doit être associé à une écoute psychologique, ceci afin de favoriser l'attachement à l'enfant pendant la grossesse et éviter les enfants de remplacement. Faire des morts des « proches de loin » [5], c'est le propre d'une recherche de la bonne distance dont la durée ne saurait être écourtée et qu'une prochaine grossesse ne saurait remplacer.

Une prise en charge correcte signifie mettre à la disposition des parents non seulement des connaissances théoriques et médicales, mais aussi une expérience humaine et une sensibilité professionnelle spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- 1- AUTHIER-ROUX Frédérique. Une mort sur ordonnance. *Le foetus exposé* / ed. par BEN SOUSSAN P. Collection Mille et un bébés. Ramonville Saint-Agne: Erès, 1998, p. 9-19
- 2- BEN SOUSSAN Patrick. "Ces abandonnés jetés aux heures éternelles" Des foetus sans sépulture. *Le foetus exposé* / ed. par BEN SOUSSAN P. Collection Mille et un bébés. Ramonville Saint-Agne: Erès, 1998, p. 39-61
- 3- CLERGET Joël. Un bébé meurt, des parents pleurent, douleur du deuil. *Mort d'un bébé, deuil périnatal; témoignages et réflexions* / ed. par CLERGET J. Collection Spirale. N°31. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2004, p. 89-102
- 4- FREUD Sigmund. *Totem et tabou*. 3ème ed. Paris: Payot et Rivages, 2001, 226 p.
- 5- FRYDMAN René, FLIS-TREVES Muriel. *Mourir avant de n'être?* Paris: Odile Jacob, 1997, 192 p.
- 6- HANUS Michel. Le travail de deuil. *Le deuil* / ed. par AMAR.N, COUVREUR.C, HANUS.M. Paris: Puf, 2002, 4ème édition, p. 13-32
- 7- HANUS Michel. *Les deuils dans la vie*. Paris: Maloine, 1994, 328 p.
- 8- HAUSSAIRE-NIQUET Chantal. *L'enfant interrompu*. Paris: Flammarion, 1998, 222 p.
- 9- LE GRAND SEBILLE Catherine. Anthropologie de la mort périnatale aujourd'hui. *Mort d'un bébé, deuil périnatal; témoignages et réflexions* / ed. par CLERGET J. Collection Spirale. N°31. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2004, p. 41-50
- 10- MOREL Marie-France. La mort d'un bébé au fil de l'histoire. *Mort d'un bébé, deuil périnatal; témoignages et réflexions* / ed. par CLERGET J. Collection Spirale. N°31. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2004, p. 15-34
- 11- PIERRE Fabrice, BERTRAND Jacques. *Mémento obstétrique*. 2ème ed. Paris: Maloine, 2000, 607 p.
- 12- POROT Maurice. *L'enfant de remplacement*. Paris: Frison-Roche, 1993, 246 p.
- 13- RAIMBAULT Ginette. *Lorsque l'enfant disparaît*. Paris: Odile Jacob, 1996, 271 p.
- 14- UNE PUERICULTRICE TEMOIGNE. L'accompagnement de toute une vie a besoin de témoin. L'accompagnement des familles ayant perdu un bébé. *Mort d'un bébé, deuil périnatal; témoignages et réflexions* / ed. par CLERGET J. Collection Spirale. N°31. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2004, p. 77-87

ARTICLES

15- ARMSTRONG D.

Exporing fathers' experiences of pregnancy after a prior perinatal loss.
MCN Am Matern Child Nurs. Mai-juin 2001; 26(3): 147-53.

16- ARMSTRONG D., HUTTI M.

Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Mars-avril 1998; 27(2): 183-9.

17- ARMSTRONG DS.

Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Novembre-décembre 2004; 33(6): 765-73.

18- ARMSTRONG DS.

Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss.
J Nurs Scholarsh. 2002; 34(4): 339-45.

19- CONDE-AGUDELO A., ROSAS-BERMUDEZ A., KAFURY-GOETA AC.

Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes.
JAMA. 2006; 295: 1809-23.

20- COTE-ARSENAULT D.

The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Septembre-octobre 2003; 32(5): 623-9.

21- COTE-ARSENAULT D., MAHLANGU N.

Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Mai-juin 1999; 28(3): 274-82.

22- COTE-ARSENAULT D., BIDLACK D., HUMM A.

Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss.
MCN Am Matern Child Nurs. Mai-juin 2001; 26(3): 128-34.

23- DAGG PK.

The psychological sequelae of therapeutic abortion—denied and completed.
Am J Psychiatry. Mai 1991; 148(5): 578-85.

24- DAVIES V., GLEDHILL J., McFAYDEN A. et al.

Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study.
Ultrasound Obstet Gynecol. Avril 2005; 25(4): 389-92.

25- DEBBY A., GLEZERMAN M., SAGIV R. et al.

Reproductive performance following midtrimester termination of pregnancy.
Gynecol Obstet Invest. 2003; 56(3): 168-72.

26- DEDECKER F., GRAESLIN O., CECCALDI PF. et al.

Short interpregnancy intervals: risks factors and perinatal outcomes.
J Gynecol Obstet Biol Reprod. Février 2006; 35(1): 28-34.

- 27- FRANCK PI., KAY CR., SCOTT LM. et al.
Pregnancy following induced abortion: maternal morbidity, congenital abnormalities and neonatal death.
Br J Obstet Gynaecol. Septembre 1987; 94(9): 836-42.
- 28- FRANCK PI., McNAMEE R., KAY CR. et al.
The effect of induced abortion on subsequent pregnancy outcome.
Br J Obstet Gynaecol. Octobre 1991; 98(10): 1015-24.
- 29- HANSEN D., LOU HC., OLSEN J;
Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up.
Lancet. 9 Septembre 2000; 356(9233): 875-80. Erratum in: Lancet 30 juin 2001; 357(9274): 2142.
- 30- KORENROMP MJ., CHRISTIAENS GC., VAN DEN BOUT J. et al.
Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectionnal study.
Prenat Diagn. Mars 2005; 25(3): 253-60.
- 31- KORENROMP MJ., GODELIEVE CML., PAGE-CHRISTIAENS GC., et al.
Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners.
Prenat Diagn. Décembre 2005; 25(13): 1226-33.
- 32- SEIDMAN DS., EVER-HADANI P., SLATER PE. et al.
Child-bearing after induced abortion: reassessment of risk.
J Epidemiol Community Health. Septembre 1998; 42(3): 294-8.
- 33- SMITH GC., PELL JP., DOBBIE R.
Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study.
BMJ. Août 2003; 327: 313-9.
- 34- WHITE-VAN MOURIK MC., CONNOR JM., FERGUSON-SMITH MA.
The psychological sequelae of a second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality over a two year period.
Birth Defects Orig Artic Ser. 1992; 28(1): 61-74.

MÉMOIRES

- 35- BRELET Florence. *D'un enfant à l'autre... le deuil périnatal et l'enfant de remplacement.* Maîtrise de psychologie clinique et pathologique: Nantes: 2003, 70 p.
- 36- RAINGEARD Fabienne. *Etre enceinte après une mort in utero.* Mémoire sage-femme: Nantes: 2001, 92 p.

RESSOURCES ELECTRONIQUES

37- ASSOULINE Corinne. *La décision d'interruption médicale de grossesse_ Aspects éthiques*. DEA d'éthique médicale et biologique : Paris 5, René Descartes: 1997. Disponible sur:

<http://infodoc.inserm.fr/ethique/Travaux.nsf/Tout/D91FC26E15D4C237C12566890044A02D?OpenDocument>

38- BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN C. et al. Enquête nationale périnatale 2003. Disponible sur:

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>

39- DUTRIEU Damien. L'enfant mort-né. Disponible sur:

<http://www.afif.asso.fr/francais/chronique/dutrieu/enfdd.html>

40- FOSSAT Christian. Saignements du 1er trimestre- Fausses-couches. Mise à jour 2005. Disponible sur:

www.gyneweb.fr/sources/gdpublic/gynequizz/fiche-prat/debgross.htm

41- Génétique. *Interruption de grossesse : IVG et IMG*. Fiches pédagogiques. Définition. Disponible sur:

http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/interruption_grossesse/definition.asp

42- Geopsy. Psychologie interculturelle et psychothérapie. Deuil et mélancolie. Mise à jour 2007. Disponible sur:

http://www.geopsy.com/fiches_lecture/deuil_et_melancolie_freud.pdf

43- Informations psychosociales. *Le deuil*. Mise à jour 2007. Disponible sur:

http://www3.sympatico.ca/njacob/le_deuil1.htm

44- INSEE. Nomenclature- définitions-méthodes. Professions et catégories socioprofessionnelles. Mise à jour 2003. Disponible sur:

http://www.insee.fr/Fr/nom_def_met/nomenclatures/prof_cat_soc/pages/pes.htm

45- JOUBERT M. *L'IMG, Aspects réglementaires*. Commission diagnostic anténatal. Journée du 15 décembre 2006. Disponible sur:

<http://www.reseau-naissance.com/page21932.asp>

46- Légifrance. Code de la santé publique (nouvelle partie législative). Chapitre III: interruption de grossesse pratiquée pour motif médical. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/VisuArticleCode?commun=CSANPU&h0=CSANPU NL.rcv&h1=2&h3=28>

47- Légifrance. Code de la santé publique (nouvelle partie réglementaire). Section I : examens médicaux obligatoires. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/VisuArticleCode?commun=CSANPU&code=&h0=C SANPUNR.rcv&h1=2&h3=13>

48- Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord. Mise à jour décembre 2006. Disponible sur:

<http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/Perinatalite/2006majdecTBperinat1.pdf>

OUVRAGES NON PUBLIES

49- Service de Gynécologie-Obstétrique, Médecine foetale et de la reproduction CHU Nantes.
Protocoles en Gynécologie-Obstétrique. Mise à jour novembre 2006.

ENTRETIENS

- Rencontres avec Line PETIT, psychologue au CHU de Nantes.
- Rencontres avec plusieurs patientes ayant ou allant avoir un enfant après une IMG.

ANNEXES

	FŒTUS (mort-né) < 22 SA	ENFANT MORT-NE ≥ 22 SA	ENFANT NE VIVANT ≥ 22 SA ou ≥ 500 g puis décédé
Personnalité Juridique	NON	NON	OUI
Déclaration à l'état civil	NON : PAS D'ACTE (produit innomé)	ACTE D'ENFANT SANS VIE (= Acte de décès seul) sans contrainte légale de délai	ACTE DE NAISSANCE (enfant né vivant et viable) obligatoire ds les 3 j après naissance + ACTE DE DECES
Inscription sur le livret de famille	NON	POSSIBLE en décès (si livret existe) ; rétroactivité possible ds certaines communes sans délai	OUI Obligatoire en naissance et en décès
Dotation d'un prénom	NON	POSSIBLE	OUI, obligatoire
Autorisation parentale d'autopsie	+/- =>actuellement demandée dès 14 SA à Nantes	OUI	OUI, obligatoire (père et mère)
Autorisation parentale de conservation d'ADN pour étude génétique	OUI, obligatoire	OUI, obligatoire	OUI, obligatoire
Funérailles par la famille (inhumation ou crémation)	Rarement réalisées actuellement mais POSSIBLES si autorisation de	POSSIBLES Non obligatoires	Funérailles obligatoires mais prise en charge frais d'obsèques parfois par commune
Elimination du corps en cas de prise en charge par le CHU (« abandon du corps »)	Non réglementé (mais même traitement appliqué que si > 22 SA à Nantes)	Si non réclamation du corps dans un délai de 10 j, inhumation ds les 2 j suivants (si autopsie, 4 sem maxi)	
Transport du corps	Non Réglementé - non soumis à législation des 24H (bon de	Non Réglementé avant mise en bière (après, obligation véhicule	Réglementé (transport sans mise en bière doit être fait dans les 24 H par les pompes funèbres)
Droits de filiation, donation, succession	NON	NON	OUI
Remboursement de l'hospitalisation	Risque maladie (75%)	Risque maternité (100%) > 28 SA, variable entre 22 et 28 SA	Risque maternité (100%)
Congés de Maternité	NON, Congés Maladie	OUI ≥ 28 SA, variable < 28 SA	OUI
Congés de Paternité	NON	variable	OUI
Congé supplémentaire 3è enfant	NON	OUI à priori	OUI
Protection contre le licenciement	NON	OUI à priori	OUI
Parité et retraite	NON	Variable selon les caisses	OUI

GRILLE D' ETUDE des TEMOINS

1. Renseignements généraux

Age lors de 2^{ème} grossesse:

Situation matrimoniale: 1) mariée; 2) vit en couple: oui / non

Situation professionnelle:

1) agricultrice

2) artisan, commerçante ou chef d'entreprise

3) cadre, profession intellectuelle supérieure

4) profession intermédiaire

5) employé

6) ouvriers

7) retraités

8) autres personnes sans activité professionnelle

9) non renseigné

Situation du mari: Même classification

ATCD: -Familiaux

-Médicaux

-Chirurgicaux

2. Nouvelle grossesse G P

Grossesse précédente= FCS ou IVG ou GEU: 1) oui; 2) non

Nombre de FCS ou IVG ou GEU entre les grossesses:

Lieu de prise en charge identique que pour 1ère grossesse:

1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Délai entre les 2 grossesses:

Même conjoint: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Reconnaissance anticipée: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Double test: 1) oui; 2) non; 3) non par refus

Amniocentèse: 1) oui; 2) non; 3) non par refus

*motif: 1) âge maternel; 2) signe appel écho; 3) dosages sanguins;

4) autre

PPO: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Suivi par Sage-femme à domicile: 1) oui; 2) non

*Si oui, pourquoi: MAP/ toxémie/ diabète/ RCIU/ pathologie hépatique/ Autre

Suivi psychologique: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Nombre d'échographies:

Nombre de consultations d'urgence:

Nombre de consultations prévues:

Hospitalisation: 1)oui; 2)non

-durée:

-motif: MAP/ toxémie/ diabète/ RCIU/ pathologie hépatique/ RPM/ autre

- nombre d'hospitalisation

Pathologie n'ayant pas nécessité d'hospitalisation:

1)oui; 2)non; 3) grossesse non suivie

Accouchement

-terme:

* si prématurité (<37 SA) : 1) consentie; 2) non consentie

-présentation: 1)céphalique; 2)siège; 3)autre

-début du travail:

1)spontané; 2)déclenchement; 3)césarienne prophylactique

-durée du travail:

-phase de stagnation: 1)oui; 2)non

*si oui, type: 1)dystocie de démarrage; 2)stagnation pendant le travail (dilatation:)

-analgésie: 0)aucune; 1)APD; 2)rachi; 3)AG; 4)2 types

-mode d'acct:

1)AVB; 2)extraction instrumentale; 3)césarienne; 4)à domicile

*si AVB ou extraction instrumentale., durée EE:

*si extraction instrumentale, motif: 1)AnomalieRCF; 2)non progression mobile foetal; 3)défaut EE

*si césarienne, motif: Anomalie RCF ou SFA/ stagnation/ échec extraction instrumentale/ siège/ ut.cicat./ pathologie maternelle/ autre

- sexe de l'enfant: 1)M; 2)F;

- enfant vivant: 1) oui; 2) non

- poids

- apgar

- enfant transféré: 1)oui; 2)non

- malformation: oui / non

Post partum

-DARU: oui/ non

-hémorragie de la délivrance: 1)oui; 2)non

*si oui: légère / moyenne / sévère

*transfusion: oui / non

-allaitement maternel: 1)oui; 2)non

GRILLE D' ETUDE des CAS

1. Renseignements généraux

Age lors de 2^{ème} grossesse:

Situation matrimoniale: 1) mariée; 2) vit en couple: oui / non

Situation professionnelle:

1) agricultrice

2) artisan, commerçante ou chef d'entreprise

3) cadre, profession intellectuelle supérieure

4) profession intermédiaire

5) employé

6) ouvriers

7) retraités

8) autres personnes sans activité professionnelle

9) non renseigné

Situation du mari: même classification

ATCD: -Familiaux

-Médicaux

-Chirurgicaux

2 . G rossesse IMG

Gestité et parité au moment IMG

Double test: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Amniocentèse: 1) oui; 2) non

Date IMG: mm/aaaa

Terme IMG:

Motif IMG:

Chromosomique/ cardiopathie seule/ anomalie neurologique seule/ reins et voies urinaires seules/ syndrome polymalformatif/ RPM ou anamnios/ cause maternelle/ divers

Foeticide: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Sexe de l'enfant décédé: 1) M; 2) F; 3) non renseigné

Prénom

Autopsie ou anapath: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Déclaration dans livret de famille: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Suivi psychologique: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Souhait de voir le corps: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Bébé vu: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Photos prises pour les parents: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Prise en charge du corps: 1) famille; 2) "don du corps";
3) non renseigné; 4) autre

3. Nouvelle grossesse G P

Grossesse précédente= FCS ou IVG ou GEU: 1) oui; 2) non

Nombre de FCS ou IVG ou GEU entre les grossesses:

Lieu de prise en charge identique que pour 1ère grossesse:

1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Délai entre les 2 grossesses:

Même conjoint: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Reconnaissance anticipée: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Double test: 1) oui; 2) non; 3) non par refus

Amniocentèse: 1) oui; 2) non; 3) non par refus

*motif: 1) âge maternel; 2) signe appel écho; 3) dosages sanguins;
4) ATCD; 5) autre

PPO: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Suivi par sage-femme à domicile: 1) oui; 2) non

*Si oui, pourquoi: MAP/ toxémie/ diabète/ RCIU/ pathologie hépatique/ ATCD/
Autre

Suivi psychologique: 1) oui; 2) non; 3) non renseigné

Nombre d'échographies:

Nombre de consultations d'urgence:

Nombre de consultations prévues:

Hospitalisation: 1) oui; 2) non

-durée:

-motif: MAP/ toxémie/ diabète/ RCIU/ pathologie hépatique/ RPM/ autre

- nombre d'hospitalisation

Pathologie n'ayant pas nécessité d'hospitalisation:

1) oui; 2) non; 3) grossesse non suivie

Accouchement

-terme:

* si prématurité: 1) consentie; 2) non consentie

-présentation: 1) céphalique; 2) siège; 3) autre

-début du travail: 1) spontané; 2) déclenchement; 3) césarienne
prophylactique

-durée du travail:

-phase de stagnation: 1) oui; 2) non

*si oui, type: 1) dystocie de démarrage; 2) stagnation pendant le travail
(dilatation:)

- analgésie: 0)aucune; 1)APD; 2)rachi; 3)AG; 4)2 types
- mode d'acct: 1) AVB; 2)extraction instrumentale;
- 3)césarienne; 4)à domicile
- *si AVB ou extraction instrumentale., durée EE:
- *si extraction instrumentale, motif: 1)AnomalieRCF; 2)non progression mobile foetal; 3)défaut EE
- *si césarienne, motif: Anomalie RCF ou SFA/ stagnation/ échec extraction instrumentale/ siège/ ut.cicat./ pathologie maternelle/ autre

- sexe de l'enfant: 1)M; 2)F;
- enfant vivant: 1) oui; 2) non
- poids
- apgar
- enfant transféré: 1)oui; 2)non
- malformation: oui / non

Post partum

- DARU: oui/ non
- hémorragie de la délivrance: 1)oui; 2)non
- *si oui: légère / moyenne / sévère
- *transfusion: oui / non
- allaitement maternel: 1)oui; 2)non

Entretiens avec Melle D. Nadège et son conjoint Laurent

- 1^{ère} rencontre, le 28/09/2006

Nadège est au terme de 18 SA. Leur 1^{ère} grossesse s'est soldée en mars 2006 par une IMG pour hydrocéphalie. Le couple a débuté une nouvelle grossesse début juin et n'a pas souhaité rencontrer de psychologue. Cette échographie intermédiaire est donc pour eux capitale puisqu'il s'agit de savoir si ce bébé qu'ils attendent est atteint de la même malformation que le 1^{er}. L'échographiste leur annonce que le crâne est apparemment intact de toute malformation, en tout cas pour ce qui est visible à ce terme. Le couple semble soulagé mais loin d'être totalement rassuré. C'est lors de cet examen que j'envisage avec eux l'idée de les revoir lors d'entretiens qui me permettraient de les suivre dans cette grossesse. Après de nombreuses hésitations, ils acceptent de conserver mes coordonnées et me promettent de me donner une réponse. Deux semaines plus tard, Melle D. me contacte : elle accepte les rencontres et me demande si je serai là lors de leur prochaine échographie, celle de 22SA. D'un commun accord, nos entretiens seront enregistrés.

- 2^{ème} rencontre avec le couple, le 25/10/2006, échographie de 22 SA.

C'est lors de cette échographie que l'hydrocéphalie de leur premier bébé avait été diagnostiquée, et qu'on leur avait annoncé que quoi qu'il arrive, cet enfant ne serait pas viable. Après s'être assurés auprès de l'échographiste que « tout va bien », ils demandent à connaître le sexe du BB: c'est un garçon. Premier moment de joie qu'ils laissent apparaître.

Voici des extraits de l'entretien qui suit cette échographie. (N=Nadège; L=Laurent; D=Diane):

N: C'était très important que ce soit un petit garçon. C'était un garçon que nous attendions pour la 1^{ère} grossesse; et puis comme ça je vais pouvoir lui donner le prénom de mon grand-père, Alexis. Comme je ne vais pas lui donner mon nom, je vais pouvoir lui transmettre quand même quelque chose de ma famille.

D: Aviez-vous donné un prénom au 1^{er} ?

N: Oui, enfin on lui a donné un petit prénom, Noa.

L: C'était surtout pour se souvenir et pas dire "X" ou "le Truc".

D: Avez-vous inscrit cet enfant sur votre livret de famille?

N: Il est déclaré à l'état civil mais nous n'avons pas de livret de famille.

L: Et puis de toute façon, même si on en a un, on ne le marquera sans doute pas. Au début on voulait, mais plus maintenant.

N: Je ne veux pas qu'il soit le 1^{er} parce que finalement celui que j'attends sera le 2^{ème}, et moi je le verrais en tant que 2^{ème}.

L: Pour moi, il ne sera pas le 2^{ème}, ce sera le 1^{er} parce que l'autre est une fausse-couche et une fausse-couche ne prend pas la place d'un 1^{er}. C'est comme ça qu'il faut le voir. D'ailleurs ma mère et ta tante qui nous connaissent bien disent aussi que c'est une fausse-couche tardive.

D: Les points de vue sont souvent différents entre le papa et la maman.

N: Oui, c'est vrai parce que moi je l'ai porté, et même si Laurent me dit que comme on l'a perdu, il ne faut pas que ce soit le 1^{er}, c'est difficile de se le mettre en tête finalement. Avec du recul, je me dis que je l'ai porté 6 mois quand même, je l'ai senti bouger. Trois semaines avant l'interruption de grossesse, il bougeait dans mon ventre, ce n'est pas évident.[...]

D: Vous veniez dans quel état d'esprit à cette échographie? Par rapport à celle d'il y a un mois par exemple.

L: C'est pas pareil.

N: Celle là était importante.

L: Très importante.

N: Parce que c'était à cette époque-là qu'on avait su que Noa allait mourir. Donc celle là j'appréhendais, même si je savais que celle du mois de septembre était convaincante et qu'on savait qu'il était en bonne santé, j'avais peur quand même... J'avais peur que ce soit pas un garçon, j'avais peur... même si je savais qu'il avait un cerveau... [...]

Je n'en garde pas un bon souvenir de ma 1ère grossesse parce que finalement ma 1ère c'est laquelle ? C'est celle de Noa ou celle ci ? Ce n'est pas évident à me mettre en tête. Je suis un peu perdue par rapport à ces deux grossesses, parce que moi finalement ma 1ère expérience de la grossesse a été affreuse. Donc finalement c'est laquelle qu'il faut que je retienne, la 1ère ou celle-ci? En fait, on disait avec Laurent l'autre jour, on recommence là où on s'était arrêté au mois de février puisqu'au mois de février ça s'était arrêté là; on savait qu'on allait le perdre. Et là, ça reprend. C'est comme si le train redémarrait.

L: Il s'était arrêté dans une gare et puis là il repart.

D: J'imagine que vous vivez cette grossesse d'une façon différente de la 1ère.

N: Celle-ci oui, moins heureuse. Même si j'étais très contente quand j'ai fait le test de grossesse et qu'il était positif. [...] Mais dans notre entourage proche y'en a qui ont été surpris que je sois retombée enceinte si rapidement; surpris, mais pas dans le bon sens.

D: Vous leur avez annoncé tout de suite?

L et N: Non, non.

L: On a pris des gants. Au premier, on l'a dit à tout le monde. Mais pour le 2ème, il y en a à qui on ne l'a pas dit.

N: Pour le 2ème les gens ont été surpris que je sois retombée enceinte après ce qui m'était arrivé; c'était bizarre pour eux; ils n'étaient pas heureux et c'est ça qui m'a blessée, que mon entourage ne le prenne pas bien.

L: Pour eux, c'était une erreur[...]

D: C'est votre entourage proche?

L: Très proche.

N: D'ailleurs c'était pas moi qui le disait, c'était tout le temps Laurent. Il voulait le dire à ses frères et sœurs. Moi je lui disais dis-le, moi j'ai pas envie de voir leur réaction.

L: Tout le monde ne le sait pas. Je leur dis parce que de toute façon ils vont le voir, mais autrement je ne vais pas les appeler.

N: Quand on annonce quelque chose qui a échoué la 1ère fois, ce n'est pas pareil la 2ème fois parce que le plaisir est gâché. Moi mes parents, pour eux c'était leur 1er petit-fils, et bien la 1ère fois ils étaient très heureux, mais pour la 2ème fois... on ne réagit pas pareil.

L: Ils n'ont pas su prendre ce qui nous était arrivé. Il y en a plein qu'on a perdu. Ils n'ont pas su comment ni quoi faire et ils ont coupé les ponts.

N: C'est plus facile pour eux. [...] Comme je disais à certains, j'ai pas une maladie, c'est pas contagieux de perdre son enfant.[...]

On a l'impression d'être responsable de ce qui nous est arrivé. Moi je me sens des fois gênée, honteuse, je me dis c'est de ma faute. Pourtant je n'ai rien fait de mal : je n'ai pas bu, je n'ai pas fumé.

[...] Mais dès le départ il était condamné.

L: Oui, on ne regrette pas.

N: Non, je ne regrette pas d'avoir fait l'interruption, mais c'est difficile d'écrire la lettre soi-même.[...] Mais les trois semaines entre l'échographie et l'arrivée au CHU ont été terribles.

L: Et puis il bougeait! On savait que c'était terminé et il bougeait...c'était affreux.

[...] C'était difficile de voir des femmes enceintes. Je ne pouvais pas les voir. Je ne pouvais pas voir les enfants, je ne pouvais pas voir les femmes enceintes.

N: Et moi, je le portais et je ne pouvais plus penser qu'à lui finalement. De toute façon, je n'avais pas le choix : il était dans moi; et lui il m'énervait à...pourtant c'est pas de sa faute. C'est méchant, mais il me dérangeait, parce qu'il me faisait souffrir sans le vouloir. Ce n'est

pas de sa faute, il était au stade où il fallait qu'il bouge.

[...] De toute façon ça change des choses. Rien ne sera pareil. Il y a quelque chose qui s'est brisé en moi, et on voit bien que dans la relation avec les autres ça a changé. On voit qui sont nos vrais amis.[...] Quand il vous arrive quelque chose je ne pensais pas que les gens étaient si peu entraïdant, à l'écoute.

L: Je ne sais pas comment on aurait réagi.

[...]

N: Pour cette grossesse, c'est vrai que ça fait long. On a l'impression de pas avancer, mais là on va reprendre là où on s'était arrêté. Donc maintenant je vais peut être voir le temps passer plus vite...je sais pas...parce qu'on a recommencé deux fois la même chose. [...]

D: Vous avez eu plus de nausées, de vomissements?

N: Oui, là c'était plus dur. Ça m'a pris tout de suite. Pas de vomissement mais beaucoup de nausées.[...]

D: Il y aura donc une échographie intermédiaire au mois de décembre. C'est important pour vous?

N: Si on voulait savoir le sexe du BB, c'est parce qu'on a perdu le 1^{er}, et le 1^{er} on voulait pas savoir du tout, parce qu'on aime bien les surprises. Mais comme on a perdu le 1^{er}, on s'est dit pour le 2^{ème} on voudrait bien savoir, on a assez attendu. Et puis c'est fini les surprises.

L: Et puis les gens, quand y'a une grossesse, ils se font des plaisirs dès le départ, et nous là on a été bloqué, on voulait pas tant qu'on arrivait pas au point d'arrêt.

N: Jusqu'à aujourd'hui on n'a rien acheté.[...] Maintenant on va pouvoir acheter quelque chose.

L: Un ensemble « gars ».

D: Un quelque chose pour lui.

N: Oui, vraiment là, on sait pourquoi on va l'acheter. [...]

D: Vous aviez souhaité voir Noa ?

N: Bien sur! On peut pas accoucher, souffrir pendant toute une journée et à la fin ne pas voir ce qu'on a mis au monde. Au départ on ne voulait pas le voir, pas lui donner de nom, mais on était en colère, oui en colère... contre moi, contre lui, contre tout le monde ! J'étais déçue de ne pas donner un petit à Laurent et puis déçue de ne pas pouvoir que mes parents soient grands-parents. J'étais en colère ! [...] C'était en soi et je pouvais rien faire pour l'aider. On se sent vraiment impuissant. On sait qu'il va mourir et on ne l'aide pas.[...]

D: Pour cette grossesse, la surveillance mise en place est plus importante que pour la 1^{ère}. Qu'en pensez-vous ?

L: C'est rassurant.

N: Surtout l'échographie de l'autre fois. Elle était importante... parce que rassurante, très rassurante.

L: A la toute 1^{ère} échographie, Mme Dubreil nous avait trouvé très stressés parce qu'en fait on revivait les échographies, et la dernière échographie qu'on avait eu c'était un décès. [...]

D: Et c'est par choix que vous êtes revenus au CHU?

N: Oui parce que tout s'est déroulé là pour l'interruption donc je voulais continuer ici.

Le coté soutien et accueil est important donc on est revenu ici.[...]

- Rencontre du 22 janvier 2007 (à domicile), 35 SA environ

Plusieurs personnes de la famille leur ont donné à Noël de l'argent pour acheter des fournitures pour le BB. Melle D a fait les courses avec sa mère qui voulait "tout acheter", y compris des "choses inutiles". En revanche son père reste toujours un peu plus distant même si c'est le premier petit enfant de la famille.

Eux-mêmes se sentent mieux dans cette fin de grossesse, d'autant plus que les derniers

rendez-vous de consultations et d'échographie se sont bien déroulés. Ils avouent tous deux cependant qu'ils ne seront totalement rassurés que lorsqu'il sera né. Ils ont très hâte de l'accouchement mais ne souhaitent pas pour autant qu'il ait lieu avant la date prévue.

Nadège suit des séances de PPO. Elle a commencé tard comparé aux autres mamans. Elle « ne voulait pas les voir avec leurs gros ventres" et a attendu d'avoir " aussi un gros ventre".

Ils ont également fait des achats pour le bébé et Nadège tient à ce que je vois la chambre. Personne n'est au courant du sexe du bébé à part moi. Ils tiennent à ce que cela reste leur secret pour cette grossesse.

Nadège s'inquiète de ne pas savoir quand partir pour le CHU le jour de l'accouchement, mais rajoute finalement que les contractions elle "sait ce que c'est grâce à sa première expérience", et sera donc «capable de les reconnaître».

Elle souhaite allaiter et me demande des conseils tout en me sortant tout ce qu'elle a acheté à ce sujet.

Elle s'inquiète aussi de la durée d'hospitalisation après un accouchement : elle craint qu'on ne la renvoie trop tôt, alors que pour l'interruption son compagnon avait du insister auprès d'elle pour qu'elle accepte de rester un jour de plus.

Quand je leur demande s'ils ont commencé à s'imaginer leur enfant, ils me répondent que oui: ils l'imaginent ressemblant à Noa, qui lui même "ressemblait beaucoup à Laurent".

Nadège a accouché le 5 mars à 40 SA et 6 jours, par voie basse instrumentale (ventouse). Voici le faire-part qu'elle m'a fait parvenir. Alexis est donc le premier...



Entretien avec Mme F.

Nous avons rencontré Mme F. pour la première fois lors d'un suivi effectué par sage-femme à domicile. Notre entretien a eu lieu à la maternité en janvier 2007. Mme F. vient de donner naissance à Rémi, par césarienne programmée. Elle est déjà maman d'une petite Léa, née en 2002 par césarienne. 2004 fut l'année de l'IMG de Jeanne à 25SA pour ventriculomégalie et aplasie cérébelleuse découverte à l'échographie de 22SA. Un foeticide avait eu lieu.

Lors de l'IMG, Mme F. a fait une rupture utérine en cours de travail. Jeanne est donc née par césarienne sous anesthésie générale pour sauvetage maternel.

Elle n'a pas pu voir son bébé car quand elle s'est réveillée, Jeanne était déjà à la morgue et rien n'a pu être fait pour qu'elle la voit. Son mari a eu la possibilité de se déplacer pour la voir. Mme F. exprime beaucoup de regrets de n'avoir pas pu voir son enfant. Elle a tout de même pu voir les photos prises en salle de naissance.

Elle et son conjoint ont décidé de l'inscrire sur le livret de famille et de lui donner un prénom. Elle a ressenti le besoin d'en parler autour d'elle avec son entourage. Le sujet n'a pas été tabou pour elle à tel point que les gens n'avaient aucune hésitation à lui poser des questions sur ce qui c'était passé, ce qui a finalement fini par la gêner : « J'étais prise à mon propre piège; on ne me parlait que de ça ».

Cependant, au dire de Mme F. le couple n'a pas vécu l'IMG comme un traumatisme car ils avaient « déjà une petite fille en bonne santé ».

Nouvelle grossesse: A cause de la rupture utérine, un délai d'attente de deux ans était nécessaire avant de pouvoir envisager une nouvelle grossesse. Sans cette contrainte médicale, le couple aurait souhaité débiter une nouvelle grossesse plus rapidement.

Ils ont annoncé grossesse à peu près au même moment que pour les autres grossesses, c'est à dire après l'échographie de 12SA, mais ils ont « mis un peu moins de monde au courant ».

La famille été très présente pendant cette grossesse très « stressante ».

Le suivi médical mis en place (visites + échographie mensuelle+ sage-femme à domicile) a été considéré comme plutôt rassurant mais également pesant. Être suivie au même endroit lui paraissait « être une évidence ».

L'échographie de 22 SA était appréhendée mais le fait qu'elle soit normale ne les a pas totalement rassurés. Ils ont attendu la naissance pour s'assurer que Rémi avait bien "tout ce qu'il fallait où il fallait."

Il n'y a pas eu de suivi psychologique pour cette grossesse, alors que la psychologue avait été rencontrée à deux reprises par Mme F. lors de l'IMG, et une seule fois pour son mari (qui en ressentait moins le besoin).

Lorsqu'on lui demande combien d'enfants elle a, Mme F. répond généralement qu'elle a déjà une fille...

RÉSUMÉ

Afin de déterminer les conséquences d'une interruption médicale de grossesse (IMG) sur les futures grossesses, une étude rétrospective cas-témoins a été réalisée au CHU de Nantes entre janvier 2004 et octobre 2006. Les dossiers de 165 patientes ont permis d'établir que l'antécédent d'IMG intensifie le suivi médical, raccourcit le délai entre les grossesses et favorise la prématurité ainsi que les plus petits poids de naissance. A également été décrit, notamment au travers d'entretiens, l'impact psychologique de l'IMG sur les grossesses et naissances ultérieures, ainsi que le risque d'enfant; de remplacement en cas de deuil inachevé.